

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / hoitotyö

Sari Hietala ja Marianne Lintukangas

AMMATILLINEN OSAAMINEN IKÄÄNTYNEIDEN PÄIHDEHOITOTYÖSSÄ
- KYSELYTUTKIMUS KOUVOLAN KOTIHOIDON HENKILÖSTÖLLE

Opinnäytetyö 2014

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

HIETALA, SARI

LINTUKANGAS, MARIANNE

Ammatillinen osaaminen ja asenteet ikääntyneiden päihdehoitotyössä – Kyselytutkimus Kouvolan kotihoidon henkilöstölle

Opinnäytetyö

57 sivua + 36 liitesivua

Työn ohjaaja

Yliopettaja Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen

Toimeksiantaja

Kouvolan kotihoito

Toukokuu 2014

Avainsanat

päihdehoitotyö, alkoholin suurkulutus, ikääntyminen, kotihoito

Tämän kvantitatiivisen opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Kouvolan kotihoidon henkilöstön ammatillista osaamista ikääntyneiden päihdehoitotyössä. Osaamista tarkasteltiin tiedollisen ja taidollisen osaamisen sekä asenteiden näkökulmista. Tutkimuksen tavoitteena oli antaa suuntaa, minkälaisiin asioihin Kouvolan kotihoidon henkilöstön koulutuksen suunnittelussa tulisi kiinnittää huomiota.

Tutkimuksen aineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella Webropol-ohjelman avulla kevään 2014 aikana. Kyse oli kokonaistutkimuksesta, sillä kysely lähetettiin jokaiselle Kouvolan kotihoidon käytännön hoitotyötä tekeväälle työntekijälle (N = 330). Päihdehoitotyön minimisisällöstä johdetut aihealueet toimivat teemoina niin kyselylomakkeen muotoilussa kuin tulosten tarkastelussakin. Aineisto analysoitiin SPSS19 -tilastoanalyysiohjelmalla ja kuvat sekä taulukot tehtiin Excel-ohjelmalla.

Kyselyn lopullinen vastausprosentti oli 38 %, eli vastauksia saatiin 127 kappaletta. Kyselyn tuloksista voidaan todeta, että ikääntyneiden asiakkaiden päihdehoitotyön ammatillinen osaaminen oli kokonaisuudessaan hyvällä tasolla niin tiedollisen ja taidollisen osaamisen kuin asenteidenkin näkökulmista. Tulosten perusteella henkilöstön osaamisen kehittämiskohteiksi nousi etenkin moniammatillisuuteen ja palvelujärjestelmän tuntemiseen liittyvä osaaminen, Kotikatkon toimintaperiaatteiden hallitseminen sekä päihteidenkäytön tunnistamisen ja puheeksi ottamisen tukena käytettävien työmenetelmien käyttö. Henkilöstö koki tarvetta työnohjaukselle, ja ammatillisia asenteita tarkasteltaessa korostui henkilöstön koulutusmyönteisyys.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health Care

HIETALA, SARI

LINTUKANGAS, MARIANNE

Professional Competence and Attitudes in Substance Abuse Nursing for the Aged – survey for the home care personnel in Kouvola

Bachelor's Thesis

57 pages + 36 pages of appendices

Supervisor

Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen, PhD

Commissioned by

Kouvola's Home care

May 2014

Keywords

substance abuse nursing, excessive alcohol use, aged, home care

The aim of this qualitative thesis was to investigate the professional competence in substance abuse nursing for the aged among the home care personnel in Kouvola. The competence was examined from the perspectives of skills, knowledge and attitudes. The goal of this study was to instruct what kind of issues should be paid attention to while planning training for the home care personnel in Kouvola.

The data for the research was collected through an electronic questionnaire using Webropol program during spring 2014. The method of the survey was complete enumeration, as the inquiry was sent to every home care employee doing practical nursing in Kouvola (N=330). The subjects derived from the minimum content of substance abuse nursing functioned as themes for both compiling the questionnaire and analyzing the results. The data was processed statistically using SPSS19 program and graphics were made by Excel program.

The final response rate was 38%. The results indicate that the overall level of the professional competence for substance abuse nursing for the aged regarding both skills and knowledge as well as attitude was good. The objects of the development concerning personnel's knowledge were issues related to multi-professionalism and familiarity with the service system, as well as commanding the operational principle of Kotikatko. In terms of skills, the methods used to support recognizing and raising the subject of substance abuse were targets of the development. Additionally, the personnel felt need for clinical supervision. It was clear that the personnel had a positive attitude towards training. The results indicate that the overall level of professional competence for substance abuse nursing for the aged was good.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	6
2	AMMATILLINEN OSAAMINEN IKÄÄNTYNEIDEN PÄIHDEHOITOTYÖSSÄ	7
2.1	Tiedollinen osaaminen ikääntyneiden päihdehoitotyössä	7
2.1.1	Ikääntyminen ja alkoholinkäyttö	8
2.1.2	Ehkäisevä ja korjaava päihdehoitotyö	12
2.1.3	Kotihoito ja päihdehoitotyö	15
2.1.4	Moniammatillisuus ja palvelujärjestelmätuntemus	17
2.2	Taidollinen osaaminen ikääntyneiden päihdehoitotyössä	18
2.2.1	Päihdeongelman tunnistaminen ja päihteiden käytön puheeksi ottaminen	19
2.2.2	Motivoiva haastattelu	21
2.2.3	Muutosprosessin vaihemalli	23
2.2.4	Ammatillisen tuen merkitys	25
2.3	Ammatilliset asenteet päihdehoitotyössä	26
3	TUTKIMUSONGELMAT	28
4	KYSELYTUTKIMUKSEN TOTEUTUS	29
4.1	Kyselytutkimus tiedonkeruumenetelmänä ja mittarin laadinta	29
4.2	Aineiston keruu ja analysointi	31
5	TULOKSET	34
5.1	Vastaajien taustatiedot	34
5.2	Henkilöstön tiedollinen osaaminen	35
5.3	Henkilöstön taidollinen osaaminen	37
5.4	Henkilöstön ammatilliset asenteet	41
5.5	Yhteenveto tutkimustuloksista	42

6 POHDINTA	44
6.1 Tulosten tarkastelua	44
6.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	47
6.3 Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotuksia	49
LÄHTEET	51
LIITTEET	
Liite 1. Päihdehoitotyön minimisisällöt	
Liite 2. Saatekirje	
Liite 3. Muuttujataulukko	
Liite 4. Tutkimustaulukko	
Liite 5. Kyselylomake	
Liite 6. Aineiston frekvenssi- ja prosenttijakaumat	
Liite 7. Aineistosta lasketut keskeisimmät tunnusluvut	

1 JOHDANTO

Ikääntyvien alkoholinkäyttö on kasvanut Suomessa viimeisen parin vuosikymmenen aikana (Mäkelä & Härkönen 2010, 144). Tätä selittää yli 60-vuotiaiden väestönsuuden nopea kasvaminen sekä se, että suomalaisten alkoholinkulutus on kokonaisuudessaan ollut jatkuvassa nousussa. (Nykky, Heino, Myllymäki & Rinne 2010, 8). Ikääntyneiden alkoholinkäyttötavat ovat yksilöllisiä, ja eri tavoin eletty elämä sekä ikääntymiseen kuuluvat muutokset tuovat haasteita ja erityispiirteitä alkoholinkäyttöön liittyvissä asioissa (Kan & Pohjola 2012, 246). Ikääntyneiden alkoholinkäyttöä täytyykin seurata entistä tarkemmin alkoholisairauksien ehkäisemisen vuoksi ja myös siksi, että liiallinen alkoholinkäyttö heikentää ikääntyneiden toimintakykyä ja altistaa kaatumisille ja tapaturmille (Sulander 2007, 25 - 26).

Ikääntyneiden lisääntynyt alkoholinkäyttö ja siitä aiheutuvat haittavaikutukset tuovat haasteita sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattilaisille. Suomen palvelurakenteen muutoksen myötä ikääntyneiden laitoshoidon osuus on vähentynyt ja painopiste siirtynyt avohoitoon. Erityisesti kotihoidon henkilöstö kohtaa ikääntyneitä alkoholin riskikuluttajia enenevässä määrin. (Kan & Pohjola 2012, 246, 298 - 299.) Jotta ikääntyneiden hoito tapahtuisi ensisijaisesti heidän omassa elinympäristössään, tulee mielen-terveys- ja päihdepalveluiden jalkautua (STM 2009b).

Kansallinen mielenterveys ja päihdesuunnitelma Mieli 2009 on keskeinen ikääntyvien päihdehoitotyötä linjaava hanke vuoteen 2015 saakka. Hankkeen tavoitteena on toteuttaa palvelut siten, että ikääntyvien päihdeongelmiin puututaan ajoissa ja heille sopivia hoitomuotoja kehitetään. (THL 2014a.) Ikääntyvien mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen vanhuuden tukemiseksi, sekä kotiin annettavien palveluiden ensisijaisuuden takaamiseksi on 1.7.2013 astunut voimaan niin sanottu vanhuspalvelulaki. Lain tavoitteena on varmistaa, että ikääntyneet saavat yksilöllisiä sosiaali- ja terveyspalveluja yhdenvertaisesti koko maassa, ja kuntien tulee varautua väestön ikärakenteen muutokseen. Laissa säädetään myös palvelujen laadusta, kuten henkilöstön määrästä ja koulutuksesta. (Valtioneuvosto 2012.)

Ikääntyneiden päihdeongelmista puhuttaessa tarkoitetaan yleensä yli 60- tai 65-vuotiaiden henkilöiden päihteiden ongelmakäyttöä (Nykky ym. 2010, 6). Tällöin päihdeongelmalla tarkoitetaan usein alkoholiongelmaa. Lisäksi ikääntyneiden keskuudessa ilmenee lääkkeiden tahallista liiakäyttöä sekä alkoholin ja lääkkeiden yhteis-

käytöstä aiheutuvia haittavaikutuksia. (Havio, Inkinen & Partanen 2013, 194.) Tässä opinnäytetyössä ikääntyneillä ja päihdeidenkäytöllä viitataan näihin seikkoihin.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa kyselytutkimuksella, minkälaista ammatillista osaamista Kouvolan kotihoidon henkilöstöllä on ikääntyvien päihdehoitotyössä. Ammatillinen osaaminen on jaettu tiedolliseen ja taidolliseen osaamiseen sekä asenteisiin. Tekijöiden kiinnostus aiheeseen nousi molempien sosiaalialan koulutuksesta ja työkokemuksesta sekä halusta syventää päihdehoitotyön osaamista. Opinnäytetyö on ajankohtainen Kouvolaan maaliskuussa 2013 käynnistyneen Kotikatko-hankkeen vuoksi. Kotikatko tarkoittaa katkaisuhoidon toteuttamista yli 65-vuotiaiden kotihoidon asiakkaiden kotona. Hanke toteutetaan Kouvolan kotihoidon ja A-klinikan yhteistyönä, ja sen tarkoituksena on mahdollistaa ikääntyville asiakkaille matalankynnyksen päihdepalvelut. Opinnäytetyön toimeksiantajana on Kouvolan kotihoito.

2 AMMATILLINEN OSAAMINEN IKÄÄNTYNEIDEN PÄIHDEHOITOTYÖSSÄ

Päihdeosaamista tarvitaan kaikissa palveluissa ja toiminnoissa, joissa ollaan tekemisissä ihmisten terveyden, turvallisuuden ja sosiaalisen hyvinvoinnin kanssa. Eri ikäkausien, elämäntilanteiden ja -vaiheiden vaatimat erityispiirteet kuuluvat jokaisen päihdeidenkäyttöön liittyvien kysymysten parissa työskentelevän perusosaamiseen. Osa tarvitsee työnsä tueksi myös erityisosaamista tai syventävää erityisosaamista. (Opetusministeriö 2007, 46.)

Päihdehoitotyön opetuksen määrät ja sisällöt vaihtelevat eri koulutusasteilla ja koulutusohjelmissa. Käytäntöjen yhtenäistämiseksi opetusministeriön kehittämistyöryhmä laati esityksen päihdehoitotyön koulutuksen minimisisällöstä (liite 1). Minimisisällön jakoa kolmeen osioon on käytetty opetuksen hahmottamiseen ja järjestämiseen. (Opetusministeriö 2007, 49 - 50.) Tässä opinnäytetyössä käytetään samaa jakoa eli ikääntyneiden päihdehoitotyön ammatillinen osaaminen jaetaan tiedolliseen ja taidolliseen osaamiseen sekä asenteisiin.

2.1 Tiedollinen osaaminen ikääntyneiden päihdehoitotyössä

Sosiaali- ja terveydenhoitoalan ammattilaisen työnkuvaan kuuluu todennäköisesti jossain työuransa vaiheessa päihteitä käyttävien asiakkaiden tai heidän läheistensä kanssa työskentely (Holmberg 2010, 22). Tässä opinnäytetyössä tiedollista osaamista käsitel-

lään ikääntymiseen liittyvän alkoholinkäytön sekä ehkäisevän ja korjaavan päihdehoitotyön näkökulmista. Lisäksi osiossa käsitellään kotihoitoon liittyvää päihdehoitotyön osaamista sekä moniammatillisuutta ja palvelujärjestelmätuntemusta.

2.1.1 Ikääntyminen ja alkoholinkäyttö

Suurten ikäluokkien vanhetessa Suomen väestörakenne muuttuu. Vuonna 2030 yli 65-vuotiaita suomalaisia on arvioitu olevan noin 1,3 miljoonaa. Ikääntyneitä suurkuluttajia on Suomessa kymmeniätuhansia ja määrä tulee kasvamaan väestön vanhetessa (Aalto & Holopainen 2008). Alkoholinkäyttö on yleisempää nuorempien ikääntyneiden keskuudessa. Runsaasti alkoholia käyttävät ovat kalenteri-ikänsä keskimääräistä nuorempia, mutta niin sanotusti varhain vanhenneita. Miesten alkoholinkäyttö on yleisempää kuin naisilla, mutta naistenkin alkoholinkäyttö on lisääntynyt. (Warpenius, Holmila & Tigerstedt 2013, 67 - 69.)

Alkoholin suurkulutus voidaan jakaa riskikulutukseen, haitalliseen käyttöön ja riippuvuuteen (Aalto & Holopainen 2008). Alkoholinkäytön haittavaikutuksia tarkasteltaessa käytetään ikääntyvien kohdalla usein termiä riskikulutus. Toimintakyvyn heikentymisen sekä sairauksien ja lääkkeiden yhteisvaikutusten takia voi vähäinkin alkoholinkäyttö olla ikääntyneillä riskikulutusta. Ikääntymisen vaikutukset ovat yksilöllisiä, joten alkoholinkäyttöä on arvioitava jokaisen kohdalla kokonaisvaltaisesti suhteessa terveydentilaan ja elämäntilanteeseen. Suomessa on käytössä ikääntyneiden alkoholinkäyttöä koskevat suositusrajat 7 annosta viikossa tai 2 annosta päivässä. Yhteisiä raja-arvoja ei voida tutkimusten mukaan määrittää, mutta arvojen ylittyessä voitaisiin pysähtyä pohtimaan tarkemmin mahdollisia yksilöllisiä riskejä alkoholinkäyttöön liittyen. (Levo, Viljanen, Heino, Koivula & Aira. 2008, 25 – 27.)

Alkoholi ja ikääntyneen fyysinen toimintakyky

Ikääntyessä elimistön toiminta muuttuu. Aineenvaihdunta hidastuu, solujen rasvapitoisuus kasvaa ja vesipitoisuus laskee sekä aistien toiminta heikkenee. Kuivuminen aiheuttaa sen, että sama alkoholimäärä tuottaa korkeamman alkoholipitoisuuden veressä kuin nuorempana, jolloin humaltuminen on herkempää. Vaikka alkoholin käyttömäärät eivät lisääntyisikään, voi käyttö muuttua haitalliseksi elimistön toiminnan muutosten vuoksi. (Levo ym. 2008, 25 - 27.)

Jatkuva ja runsas alkoholinkäyttö vaikeuttaa monien sairauksien hoitoa ja aiheuttaa useita terveyshaittoja. Alkoholin diureettinen vaikutus häiritsee kehon nestetasapainoa. Tilannetta vaikeuttaa entisestään nesteenpoistolääkkeiden käyttö, jolloin veren alkoholipitoisuus kasvaa. Alkoholin runsas käyttö lisää infektioalttiutta, kun elimistön puolustuskyky heikkenee. Myös ravitsemushäiriöt voivat yleistyä juomisen lisääntyä ja ruokavalion muuttuessa yksipuolisemmaksi. Alkoholi voi aiheuttaa ruokatorven ja vatsankalvojen ärsyntyä, jolloin vatsakivut ja ripuli ovat yleisiä. Nämä taas lisäävät elektrolyyttihäiriöitä sekä vitamiinien ja hivenaineiden puutostiloja. Ongelman pitkäaikaistessa myös maksasairauksien sekä sydän- ja verisuonitautien riski kasvaa. Runsas alkoholinkäyttö aiheuttaa verenpaineen nousua, sydämen vajaatoimintaa ja sydänlihaksen paksuuntumista. Etenkin krapulatilaa aikana ikääntyneet altistuvat rytmihäiriöille, kouristuksille ja hypoglykemian riskeille. (Holmberg 2010, 94 - 96.) Ikääntymisen myötä myös vieroitusoireista tulee pidempikestoisempia ja vaikeampia (Levo ym. 2008, 25).

Pitkäaikaiset alkoholiongelmat aiheuttavat pysyviä muutoksia myös hermosolujen ja välittäjäaineiden toiminnassa. Kognitiiviset toiminnot, kuten muisti ja päättelykyky heikkenevät iso- ja pikkuaivojen rappeutumisen myötä. Psykofyysiset ongelmat lisääntyvät, jolloin motoriikka ja pidätyskyky heikentyvät ja kävely muuttuu ataktiseksi. Arjessa selviytymistä voi suuresti haitata kertaluontoinenkin humalajuominen kaatumis- ja tapaturmariskien vuoksi. (Levo ym. 2008, 25 - 27.) Esimerkiksi Anne Heikkilän pro gradu -tutkielman tulokset osoittivat alkoholin käytön olevan selvästi yhteydessä tapaturmiin. Tutkielman mukaan ensiapuun hakeutuneista kaatuneista lähes puolet oli alkoholin vaikutuksen alaisena. (Heikkilä 2012.) Myös dementiaoireiden esiintyminen yleistyy runsaan alkoholinkäytön myötä (Levo ym. 2008, 25 - 26). Alkoholidementiaa arvioidaankin olevan noin 10 prosenttia kaikista dementiaista (Warpenius ym. 2013, 67 - 69). Työikäisenä runsaasti alkoholia käyttäneiden, nykyään jo raitistuneiden ikääntyvien henkilöiden kohdalla on huomioitava, että heille mahdollisesti aiemmin tulleet alkoholiperäiset vauriot voivat voimistua iän myötä. (Levo ym. 2008, 25 - 26.)

Lähes kaikki ikääntyvät käyttävät yhtä tai useampaa resepti- tai käsikauppalääkettä, jolloin yhteisvaikutusten riskit kasvavat huomattavasti alkoholia käytettäessä. Alkoholi on ikään kuin yksi lääkeaine lisää elimistössä, joten sen käyttö on otettava huomioon lääkkeitä määrätessä ja käytettäessä. (Aira 2007, 38.) Alkoholi voimistaa tai hei-

kentää useiden lääkkeiden vaikutusta elimistössä, jolloin yhteisvaikutukset voivat olla etenkin ikääntyvillä hyvinkin yllättäviä ja vakavia (THL. Yli 65-vuotiaiden alkoholimittari). Yhteisvaikutukset voivat aiheuttaa sekavuutta, huimausta, muistihäiriöitä tai tasapaino-ongelmia (Nykky ym. 2010, 10). Alkoholin kanssa varoen käytettäviä lääkkeitä ovat sydän- ja verenpainelääkkeet, diabetes-, tulehduskipu- ja nesteenpoistolääkkeet. Näihin kuuluvat myös ”väsyttämättömät antihistamiinit”, varfariini (Marevan) sekä potenssi- ja eturauhasen liikakasvulääkkeet. Alkoholin kanssa ei tulisi käyttää lainkaan uni- tai rauhoittavia lääkkeitä, trisyklisiä masennuslääkkeitä, keskushermostoon vaikuttavia kipulääkkeitä, tiettyjä antibiootteja eikä epilepsialääkkeitä. (THL. Yli 65-vuotiaiden alkoholimittari.) Immosen (2012) väitöskirjassa käsiteltiin muun muassa ikääntyneiden alkoholinkäytön yleisyyttä ja ikääntyneiden itsensä ilmoittamia syitä käytölle. Väitöskirjassa tutkittiin myös alkoholinkäyttöä lääkkeenä ja lääkkeiden ja alkoholin haitallisen yhteiskäytön esiintymistä. Tulosten mukaan alkoholinkäyttö mahdollisten yhteisvaikutuksia aiheuttavien lääkkeiden kanssa oli yleistä. Vastaajista 17 % kertoi käyttävänsä alkoholia lääkkeenä muun muassa sydän- ja verisuonitauteihin ja unihäiriöihin. (Immonen 2012.)

Alkoholinkäytön myönteiset terveysvaikutukset ovat tutkimusten mukaan ristiriitaisia (Holmberg 2010, 97). Kohtuukäyttö saattaa vähentää riskiä sairastua sydän- ja verisuonitauteihin. Yhdysvaltalainen Rochesterin yliopiston tutkimus esimerkiksi kertoo alkoholin verisuonia suojaavasta vaikutuksesta. Tutkijat eivät kuitenkaan aio tyytyä alkoholilla hoitamiseen, vaan tavoitteena on kehittää lääkeaine, joka saisi verisuonissa aikaan saman vaikutuksen. (Morrow, Cullen, Liu, Cahill & Redmond 2010.)

Alkoholi ja ikääntyneen psyykinen toimintakyky

Fyysisten terveyshaittojen lisäksi alkoholin suurkulutus vaikuttaa ikääntyneen psyykkiseen toimintakykyyn. Runsas alkoholinkäyttö voi aiheuttaa tai pahentaa mielenterveydellisiä ongelmia, kuten ahdistuneisuutta, mielialan vaihteluita, masennusta, uni- vaikeuksia, muistihäiriöitä tai paniikkihäiriöitä. Itsemurha-alttius kasvaa, aistiharhat ja psykoosit lisääntyvät sekä psyykinen riippuvuus vahvistuu runsaan alkoholinkäytön myötä. Päihtymys voi johtaa myös arvaamattomiin muutoksiin käyttäytymisessä, kuten väkivaltaisuuteen. (STM 2006; Nykky ym. 2010, 11.) Lisäksi kaksoisdiagnoosipotilaiden määrä on kasvamassa suomalaisessa palvelujärjestelmässä. Tällöin potilaalla on päihdehäiriön lisäksi vähintään yksi mielenterveyden häiriö. (Aalto 2007, 1293.)

Psyykkisen toimintakyvyn muutokset vaikuttavat ikääntyneen arjen hallintaan, jolloin päivittäisten asioiden hoitaminen ja itsestä huolehtiminen voivat toteutua heikosti. Taloudelliset ongelmat ja velkaantuminen ovatkin runsaan alkoholinkäytön riskejä. Myös ruokailusta ja hygieniasta huolehtiminen voi olla huonosti hoidettu, jolloin riski aliravitsemukseen on olemassa. (Nykky ym. 2010, 11.)

Alkoholi ja ikääntyneen sosiaalinen toimintakyky

Alkoholi voi aiheuttaa sosiaalisia ja taloudellisia ongelmia (Levo ym. 2008, 26 - 27). Sosiaalisten suhteiden muutokset liittyvät ikääntymiseen. Sosiaaliset verkostot harvenevat läheisten kuolemien myötä, ja kyky suhteiden ylläpitoon voi heiketä dementoitumisen tai muiden sairauksien vuoksi. Lisäksi konkreettiset esteet, kuten liikkumisen vaikeudet voivat hankaloittaa yhteydenpitoa muihin. Toisaalta sosiaaliselle elämälle tulee eläköitymisen myötä enemmän aikaa ja suhteiden merkitys voi vahvistua esimerkiksi lapsenlapsien tuomien uusien siteiden vuoksi. Alkoholin ongelmallinen käyttö vaikuttaa ikääntyneen sosiaalisiin suhteisiin ja toimintaan. Siitä saattaa aiheutua häpeän ja leimautumisen tunteita, jotka voivat johtaa salailuun ja eristäytymiseen. Monesti suhteet läheisiin, lapsiin tai sisaruksiin ovat muuttuneet päihteiden suurkulutuksen vuoksi. Runsas alkoholinkäyttö tuo suhteisiin monesti kiukkua, turhautumista, avuttomuutta ja väsymystä. (Nykky ym. 2010, 33.)

Kohtuullisesti käytettynä alkoholi voi tuoda ikääntyvän arkeen iloa sekä toimia lääkkeenä ja lohtuna yksinäisyyden lievittämisessä. Toimintakyvyn heikentyessä ja elämänpiirin kaventuessa alkoholinkäytöstä voi muodostua ainoa hyvänolon lähde, etenkin jos ikääntyvä on elämänsä aikana tottunut sitä käyttämään. (Voutilainen & Tiirainen 2010, 210.) Elämä voi helposti kapeutua alkoholin ja siihen liittyvien tapahtumien ympärille, jolloin muu sosiaalinen elämä jää vähemmälle (Nykky ym. 2010, 11).

Päihdehoitotyön yhtenä osana on päihteidenkäyttäjän omaisten ja läheisten muodostaman verkoston kanssa työskentely, joten työntekijän on ymmärrettävä laaja-alaisesti päihteidenkäytön vaikutuksia siinä. Työntekijä tarvitsee myös taitoa ja rohkeutta keskustella päihteidenkäyttöön liittyvistä ongelmista lähiverkoston kanssa. Työskentelyltä edellytetään kokonaisvaltaista ja yksilöllistä otetta sosiaalisten suhteiden merkityssuhteiden selvittämiseksi. Tällöin perhettä voidaan voimavaraistaa ja tukea vaikeuksista selviytymisessä. Päihdehoitotyössä perhettä voidaan tarkastella kokonaisuutena, jossa yhden perheenjäsenen päihdeongelman aiheuttama muutos vaikuttaa muiden

käyttäytymiseen. Vuorovaikutus perheessä voi tällöin olla ristiriitaista. Asioista puhuminen on vaikeaa muun muassa häpeän tai ympäristön paineiden vuoksi. Myös tunteiden kokeminen ja elämään luottaminen on haastavaa. (Havio ym. 2013, 178.)

Ikääntyneet saavat usein huomattavan osan tarvitsemastaan avusta ja hoivasta omaisiltaan ja läheisiltään, jos heillä sellaisia on. Runsas tai hallitsematon alkoholinkäyttö voi olla suhteen koetinkivi ja haitata hyvän hoidon ja hoivan toteutumista. Osa omaisten antamasta hoivasta on lakisääteisesti tuettua, jos hoitava henkilö on tehnyt omaishoitotosopimuksen, mutta valtaosa ei kuitenkaan ole omaishoidon tuen piirissä. Usein juuri omaiset ja läheiset, mutta myös kotihoidon henkilökunta kohtaavat sellaisia tilanteita, joissa alkoholinkäyttö aiheuttaa ongelmia. Omaisten kokemuksia kuitenkin harvoin kysytään, vaikka se olisi hyvin tarpeellista hoitojärjestelyjen kannalta. (Warpenius ym. 2013, 63 - 65.)

2.1.2 Ehkäisevä ja korjaava päihdehoitotyö

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilainen toimii työssään lakien, lakisääteisten velvollisuuksien, oikeuksien ja säädösten alaisena. Päihdehoitotyön kehittämistä ja toteuttamista ohjaavat yleisellä tasolla sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset säännöt ja toimintaohjeet. (THL 2014a.) Laeista keskeisimpiä ovat muun muassa päihdehuoltolaki, raittiustyölaki, sosiaalihuoltolaki, laki potilaan asemasta ja oikeuksista, erikoissairaanhoitolaki, lastensuojelulaki, kansanterveyslaki, työterveyshuoltolaki ja mielenterveyslaki (STM 2009a). Ikääntyvien päihdehoitotyötä on tullut ohjaamaan myös 1.7.2013 voimaan astunut laki ikääntyvän väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. (Valtioneuvosto 2012). Päihdehoitotyötä tehdään niin yhteiskunta-, paikallisyhteisö- lähisuhde- kuin yksilötasollakin ja se jaetaan ehkäisevään ja korjaavaan työhön (Stakes 2006).

Ehkäisevän päihdehoitotyön tavoitteena on sosiaali- ja terveysministerön laatukriteerien- ja suositusten mukaan (Stakes 2006) edistää terveyttä, turvallisuutta, hyvinvointia ja päihdeettömiä elintapoja sekä ehkäistä ja vähentää päihdehaittoja. (Kouvolan päihdestrategia 2009 - 2012.) Laatusuosituksissa edellytetään, että jokaisella kunnalla tulisi olla päihdestrategia, jossa määritellään päihdehaittojen syntymisen ehkäisykeinot ja miten päihdepalvelut on järjestetty. Lisäksi jokaisessa kunnassa tulee olla nimettynä ehkäisevän päihdetyön moniammatillinen työryhmä. Työtä on vielä pyritty

tehostamaan nimittämällä kuntiin ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilöt. (Karlsson, Kotovirta, Tigerstedt & Warpenius 2013, 59 - 60.)

Mielenterveys- ja päihdetyön keskeisiä periaatteita ja painotuksia linjaa vuoteen 2015 asti Sosiaali- ja terveysministeriön Mieli 2009 -ohjelma. Tämän mukaan ikääntyvien päihdeongelmien hoitoa on varhennettava ja tehostettava sekä heille sopivia hoitomuotoja kehitettävä. Päihdeongelmien varhainen tunnistaminen ja tehokas hoito ovat tärkeitä ikääntyneiden itsenäisen kotona selviytymisen ja fyysisen terveyden edistämisen kannalta. Myös omaisten jaksamisen tukeminen ja heidän kanssaan tehtävä aktiivinen yhteistyö on tärkeää. Ohjelman mukaan henkilökunnan mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvää osaamista on vahvistettava perus- ja täydennyskoulutuksella, ja koulutuksen minimisisällöissä tulee huomioida ikääntyvien erityiskysymykset. Ikääntyvien mielenterveys- ja päihdehoitotyössä tarvitaan myös koordinoitua yhteistyötä eri tahojen, kuten perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen, vanhuspsykiatrisen erikoissairaanhoidon, kolmannen sektorin toimijoiden ja seurakunnan kesken. (STM 2009b.) Kouvolan päihdestrategian 2009 - 2012 tehtävänä on organisoida mielenterveys- ja päihdepalveluita Mieli 2009 -ohjelman mukaisesti. Yhtenä tavoitteena on lisätä tietoa ikääntymisen, päihteiden ja lääkkeiden vaikutuksesta toimintakykyyn. (Kouvolan päihdestrategia 2009 - 2012.)

Järjestökentällä keskeinen toimija on Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry, kolmen järjestön (Elämäntapaliitto ry, Terveys ry ja Elämä on parasta huumetta ry) perustama yhdistys, joka toimii koko maassa terveiden elämäntapojen edistämiseksi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos on koordinoinut useita verkostoja, kuten aluetoimijoiden verkostoa, Paikallista alkoholipolitiikka -verkostoa (PAKKA) ja laatukehittäjien verkostoa. Viime vuosina KASTE -ohjelma on tuonut resurssiohjauksen työn tueksi. (Karlsson ym. 2013, 60.)

Korjaavalla päihdehoitotyöllä tarkoitetaan hoitoa, kuntoutusta ja jälkityötä (Päihdeongelmien ehkäisy ja hoidon koulutuksen kehittämistyöryhmä 2007, 16, 20). Korjaavaa päihdehoitotyötä järjestävät erityispalvelut, kuten A-klinikkatoiminta sekä katkaisu- ja kuntoutusyksiköt. Katkaisuhoidon asiakkailla on usein takanaan pitkä päihdehistoria ja heidän hoitonsa edellyttää henkilökunnalta pitkäjänteisyyttä ja kärsivällisyyttä. Katkaisuhoidon tavoitteena on pysäyttää päihteidenkäyttökierre ja luoda edellytykset fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen kokonaistilanteen paranemiselle. (Havio

ym. 2013, 142 - 143.) Välittömänä tavoitteena alkoholikatkaishoidolle on lievittää alkoholinkäytön lopettamisesta johtuvia vieroitusoireita (Päihdelinkki 2011a). Katkaishoidon pohjana on hoitosuunnitelma, joka perustuu päihdeongelman vaikeusasteen selvittämiseen ja potilaan haastatteluun. Tärkeää on selvittää päihteiden käyttö neljän edellisen viikon aikana, jotta voidaan ottaa huomioon mahdolliset tulevat vieroitusoireet ja lääkitys. Hoitosuhde ja siinä tapahtuva vuorovaikutus ovat hoidon perusta. (THL. Katkaishuolto.)

Katkaishuolto voidaan toteuttaa joko laitoshoidona katkaishuoltoasemilla tai avokatkaishoidona. Laitoshoidossa olevat asiakkaat tarvitsevat seurantaan huonokuntoisuuden tai avokatkaishoidon epäonnistumisen vuoksi. Hoitajaksojen pituus vaihtelee kolmesta vuorokaudesta kahteen viikkoon. Toisinaan lyhytkin laitосkatkaishuolto voi vahvistaa asiakkaan hoitomotivaatiota, mutta työntekijän tulee hyväksyä, että monet asiakkaat tarvitsevat toistuvia katkaishuoltoyrityksiä onnistuakseen elämäntapansa muuttamisessa. (Päihdelinkki 2011a.) Katkaishuoltoasemat ovat eri ylläpitäjien laitoksia, joissa hoito on yleensä aina lääkkeellistä. Laitoksia on kymmeniä eri puolilla maata ja jokaisella niistä on oma historiansa ja jonkin verran toisistaan eroavat toimintaperiaatteet. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2007, 135 - 136.) Avokatkaishoidossa tulisi arvioida 3 - 5 vuorokauden ajan asiakkaan vieroitusoireita, päihtymystilaa ja tarvittavaa lääkitystä. Arvion tekemisessä käytetään haastattelua, havainnointia, verenpaineen ja pulssin mittausta sekä puhalluttamista. (Päihdelinkki 2011a.) Tällöin asiakas saa tarvittaessa vieroitusoireita helpottavat lääkkeet hoitopaikasta, kuten terveyskeskuksesta tai A-klinikalta. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 169.)

Ikääntyviä koskevat erityistarpeet on otettava huomioon päihdepalvelujen suunnittelussa ja toteutuksessa. Päihteitä runsaasti käyttävien ikääntyneiden saaminen palveluiden piiriin voi vaatia koti- tai asuinympäristöön jalkautuvaa päihdehoitotyötä, jolloin ikääntyvien tarpeisiin vastaaminen edellyttää erityisosaamista ja moniammatillista yhteistyötä. (Opetusministeriö 2007, 24 - 26.) Ikääntyvien kynnys käyttää tavanomaisia päihdehuollon palveluita nousee heikentyneen liikuntakyvyn ja päivittäisten toimintojen avuntarpeen vuoksi. Myös häveliäisyssyyt voivat olla esteenä esimerkiksi A-klinikan palveluiden käyttämiseen. Katkaishuoltoasemien ja kuntouttavien päihdehuollon yksiköiden varustelu ja henkilökuntarakenne eivät kykene vastaamaan ikääntyvien asiakkaiden liikkumisen tuomiin esteisiin ja perushoidollisen avun tarpeeseen. Etenkään kotona asuvat huonokuntoiset ikääntyneet asiakkaat eivät kykene käyttä-

mään hajanaisen palvelujärjestelmän palveluita. Tällöin kotiin saatavan avun tarve kasvaa. (Voutilainen & Tiikkainen 2010, 212 - 213.)

Kouvolassa yli 65-vuotiaiden asiakkaiden tarpeita vastaamaan on käynnistetty maaliskuussa 2013 Kotikatko-projekti Kouvolan kotihoidon ja A-klinikan yhteistyönä. Kotikatkaisuhoidon pituus on kaksi viikkoa, josta lääkehoidon osuus on ensimmäiset 1 - 3 vuorokautta. Hoitajakson aikana ollaan puhelimitse yhteydessä terveysaseman lääkäriin lääkehoidon määräämiseksi ja arvioimiseksi. Päihtyneelle asiakkaalle lääkkeitä ei anneta, joten alkometrin käyttäminen on välttämätöntä. Kotikäyntejä tehdään asiakkaan luo sovitusti 1 - 4 kertaa vuorokaudessa. A-klinikan sairaanhoitaja on mukana yhdellä kerralla ja muulloin käynnit toteutetaan kotihoidon toimesta. A-klinikan sairaanhoitajaa on mahdollisuus konsultoida myös muilla ajoilla. Katkaisuhoidon päättyessä tilanteet puretaan työntekijöiden kesken ja asiakkaan seurantakäyntejä on mahdollisuus jatkaa noin kerran viikossa. Mikäli avokatkaisu ei onnistu, voidaan tarvittaessa siirtyä laitostatkaisuhoidon. (A-klikkasäätiö, Itä-Suomen palvelualue, kotikatkoprosessi.) Lisäksi päihdehoitotyötä on Kouvolan kotihoidossa kehitetty uudehkon mielen-terveys- ja päihdetiimin toiminnan aloittamisen myötä.

2.1.3 Kotihoito ja päihdehoitotyö

Suomen palvelurakenne on muuttunut siten, että ikäihmisten laitoshoidon osuus on vähentynyt ja painopiste on siirtynyt avohoitoon. Tavoitteena ikäihmisten laatusuosituksissa oli, että 75 vuotta täyttäneistä 91 – 92 % asuu kotona itsenäisesti tai sosiaali- ja terveyspalvelujen turvin vuoteen 2012 mennessä. (Kan & Pohjola 2012, 298 - 299.) Ikääntyneiden päihteidenkäyttö on kotihoidon näkökulmasta uusi ilmiö, jota havaitaan enenevässä määrin (Voutilainen & Tiikkainen 2010, 211). Koska alkoholihaitat lisääntyvät ikääntyneiden keskuudessa, kasvaa palveluiden tarve ja kotihoidon työhön tulee uusia haasteita (Ikonen 2013, 46).

Kotihoidolla tarkoitetaan sosiaalihuoltolakiin perustuvaa kotipalvelua ja kansanterveyslakiin perustuvaa kotisairaanhoitoa. Kunta voi yhdistää nämä kotihoidoksi, jos se tuottaa itse sosiaalitoimen ja perusterveydenhuollon palvelut. (STM 2013.) Kotihoito on kotipalvelujen, tukipalvelujen sekä sairaanhoitopalvelujen palvelukokonaisuus, jolla autetaan eri-ikäisiä kotona asuvia asiakkaita, joiden toimintakyky on tilapäisesti tai pysyvästi huonontunut. Kotihoidon tavoitteena on tukea asiakkaan toimintakykyä ja elämänhallintaa siten, että hän voi asua kotona mahdollisimman pitkään ehkäisevien

palvelujen, palvelutarpeen arvioinnin, terveyspalvelujen, asumispalvelujen, kotihoiton, lyhytaikaisten laitospalveluiden ja omaishoidon tuen avulla. Valtaosa asiakkaista on iäkkäitä henkilöitä, joilla voi olla useampia terveysongelmia tai pitkäaikaissairauksia. Kuntien rajallisista resursseista johtuen kotihoito kohdentuu ensisijaisesti paljon hoitoa ja huolenpitoa tarvitseville iäkkäille henkilöille ja pitkäaikaissairaille. (Ikonen 2013, 15 - 20.) Vuonna 2008 kotihoidon miesasiakkaista 15 prosenttia ja palveluasumisen piirissä yli 11 prosenttia käytti alkoholia runsaasti. Runsaan alkoholinkäytön seurauksena syntyneet varhaiset dementian muodot lisäävät kotihoidon tarvetta. (Ikonen 2013, 46.)

Kotihoidossa työskentelee kodinhoitajia, lähihoitajia, perushoitajia, sosiaaliohjaajia, fysioterapeutteja, sairaanhoitajia, terveydenhoitajia sekä vanhustyön erikoisammattitutkinnon tai geronomin tutkinnon suorittaneita ammattilaisia. Hoitajan työ kotihoidossa on laaja-alaista ja kokonaisvaltaista hoito- ja huolenpitotyötä, mikä edellyttää monenlaista osaamista. Itsensä ja kotihoitotyön kehittämisen taidot, vuorovaikutus- ja viestintätaidot sekä ammattieettiset taidot ovat hoitajan ydinosaa. Keskeistä on myös kotihoitotyön perustana olevan tiedon, kotihoitotyön työprosessien, kotihoidon työtehtävien sekä työturvallisuuden hallinta. (Ikonen 2013, 172 - 174.)

Kokonaisvaltaiseen työskentelyyn ja asiakkaan yksilöllisen elämäntilanteen huomioimiseen kuuluu alkoholinkäytöstä aiheutuvien ongelmien, haittavaikutusten ja seuraamusten huomioiminen ja hoitaminen. Kotihoidon henkilökunnan päihdehoitotyön tulisi olla tavoitteellista arjessa tapahtuvaa toimintaa. Tähän osaamiseen sisältyvät perustietojen hallinta päihteistä ja niihin liittyvistä riskeistä, tietoisuus omista asenteista päihteidenkäyttöön liittyen, puheeksi ottaminen ja muutokseen motivointi, arkeen liittyvien päihdehaittojen minimointi, hoitoon ohjaus sekä tarvittaessa terveydenhoitopalveluihin ohjaus. (Kan & Pohjola 2012, 250 - 251.) Taittonen (2011) pro gradu -tutkielmassa tarkasteltiin, miten kotihoidon työntekijät tulkitsevat omaa rooliaan kohdatessaan runsaasti alkoholia käyttävän asiakkaan. Tutkielman mukaan työntekijät kokivat olevansa päihteitä käyttävän ikäihmisen viimesijaisin apu, mutta heillä ei ollut keinoja auttaa asiakkaita. (Taittonen 2011.)

Kotona tapahtuvassa ikääntyneiden päihdehoitotyössä työntekijältä edellytetään hienotunteista ja asiakkaan ehdoilla etenevää työskentelyotetta. Tällöin ympäristön luoma turvallisuudentunne voi edistää luottamuksellisen ilmapiirin saavuttamista. Kotiin

vietävien päihdepalvelujen kehittämisessä korostuvat terapialuonteisen päihdehoidon ja kuntoutuksen lisäksi arjen selviytymistä tukevat toimet. Työntekijän tulee huomioida päihteidenkäyttöön liittyvän työn lisäksi muun muassa ikääntyvän asiakkaan asumiseen, toimintakykyyn, toimeentuloon ja sosiaalisiin suhteisiin liittyvät asiat. (Levo ym. 2008, 43.) Toiminnan tulisi suuntautua myös kodin ulkopuolelle, sillä arkea rikkovien ja merkityksellisten asioiden kokeminen kodin ulkopuolella voi toimia motivoijana muutokselle päihteiden käytössä ja ehkäistä kotiin eristäytymistä. Koti on usein suoja, mutta samalla se voi olla riski syrjäytymiselle. Ikääntyneiden päihdeongelmaisten ulospääsemisen esteitä voivat olla heikentynyt fyysinen toimintakyky, rakenteellisten esteiden, kuten portaiden kulkemisen vaikeudet sekä psyykkisen toimintakyvyn aiheuttamat rajoitteet, kuten masennus tai alkoholin käyttöön liittyvä häpeä ja yksinäisyys. (Levo ym. 2008, 43.)

Kotihoidossa asiakkaan palvelutarpeen ja saamiensa palveluiden laadun arvioinnissa käytetään RAI-järjestelmää (THL 2014b). Järjestelmän asiakasarviointiin kirjautuu tietoa muun muassa palvelutarpeista, asumisesta ja alkoholin kohtuutta runsaammasta käytöstä sekä omaisen tai läheisen panoksesta hoitoon. Alkoholin käyttö kirjautuu asiakasarviointiin, jos käytön on havaittu ylittävän kohtuuden, tai aiheuttavan haittaa hoivaajille tai henkilölle itselleen. Säännöllisessä kotihoidossa olleista ikäihmisistä (yht. noin 12 000) muodostettiin puolen vuoden aikana (1.10.2011 - 31.3.2012) osajoukko (n = 6126), johon kuuluneilla oli kotihoidon lisäksi omaishoitaja tai joku muu läheinen, ja jotka asuivat kaupunkioiloissa. Kohtuutta runsaampaa alkoholin käyttöä oli tämän tutkimuksen mukaan noin viidellä prosentilla. (Warpenius ym. 2013, 65 - 66.)

2.1.4 Moniammatillisuus ja palvelujärjestelmätuntemus

Moniulotteisen päihdeongelman parissa työskentely vaatii moniammatillista osaamista. Tietoa ja tukea päihdeongelmaisen asiakkaan kanssa työskentelyyn tarvitaan etenkin työympäristöissä, joissa päihdeongelma ei ole hoidon pääasiallinen syy. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 271.) Moniammatillisella hoitotyöllä tarkoitetaan asiakkaan kokonaisvaltaista hoitamista ja auttamista sekä yhteiseen tavoitteeseen pyrkimistä. Tähän tarvitaan eri ammattiryhmien ja tieteenalojen osaamisen yhdistämistä sekä monien näkökulmien esiin tuomista. Moniammatillisessa työskentelyssä on hyvä olla sekä asiantuntijan että oppijan roolissa. Kun eri ammattiryhmien edustajat kokoontuvat keskustelemaan asiakkaan hoidosta ja sen linjauksista, on syytä sopia tarkoituksenmu-

kaisesta työnjaosta hyvän ja laadukkaan hoidon toteutumiseksi. Asiakkaan kokonaistilannetta ja hänen selviytymistään tukevia keinoja tulee pohtia yhteisesti. Työskentelyssä painottuvat ammatillinen osaaminen, sosiaaliset taidot ja vastuun ottaminen. Päihdehoitotyössä työtehtäviä ja -kokemuksia on syytä jakaa niin asiakkaan edun kuin työntekijöiden jaksamisenkin vuoksi. Yksin työskentelyn riskeinä ovat pettyminen, turhautuminen ja uupuminen työhön. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 260 - 261.)

Työntekijän on ymmärrettävä päihdehoitotyön järjestelmän ja paikallisen palveluverkoston kokonaisuutta voidakseen hahmottaa oma roolinsa siinä. Järjestelmän tuntemus on välttämätöntä myös asiakkaiden asianmukaisen neuvonnan ja ohjauksen kannalta (Havio ym. 2013, 18), sillä tarvittaessa asiakasta tulee motivoida päihdehuollon palvelujen piiriin (Levo ym. 2008, 12). Henkilökunnan on myös tiedettävä erityispalvelutaho, jota voi konsultoida ikääntyvän asiakkaan päihteiden käytöstä (Voutilainen & Tiikkainen 2010, 213).

Ikääntyneiden päihteidenkäyttäjien kohdalla korostuvat yhteistyö perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, kotihoidon, sosiaalihuollon ja kolmannen sektorin kanssa. Moniammatillinen yhteistyö mahdollistaa ikääntyneille monipuolisia palvelukokonaisuuksia. Eri ammattiryhmät ylittävällä yhteistyöllä saavutetaan parhaimmat hoitotulokset ja hoito on asiakaslähtöistä. Yhteistyön etuina ovat myös hoidon suunnitelmallisuus ja jatkuvuus. (Opetusministeriö 2007, 46 - 49.) Kun asiakassuhde päättyy päihdetyöntekijän kanssa, varmistetaan moniammatillisen työn jatkuminen asiakkaan jatkotoimista ja seurannasta huolehtimalla (Nykky ym. 2010, 28).

2.2 Taidollinen osaaminen ikääntyneiden päihdehoitotyössä

Päihdehoitotyön taidollinen osaaminen ilmenee työntekijän hyödyntäessä ja soveltaessa monipuolisesti tietoperustaansa. Taidollinen osaaminen tulee esiin työntekijän tekemissä valinnoissa sekä yksilöllisissä päätöksenteko- ja ongelmanratkaisuprosesseissa. (Havio ym. 2013, 23.) Päihdeongelmaisia asiakkaita kohdatessa työntekijän persoonana ja vuorovaikutuksellinen osaaminen ovat merkittävässä osassa. Työntekijän on kohdattava asiakkaat yksilöllisesti heidän ikänsä ja elämäkokemuksensa huomioiden. (Nykky ym. 2010, 115 - 116.) Tässä opinnäytetyössä taidollista osaamista käsitellään päihdeongelman tunnistamisen ja päihteidenkäytön puheeksi ottamisen, motivoivan haastattelun, muutosvaiheprosessin sekä ammatillisen tuen näkökulmista.

2.2.1 Päihdeongelman tunnistaminen ja päihteiden käytön puheeksi ottaminen

Ikääntyneitä kohtaavalla sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnalla tulee olla valmiudet päihdeongelman tunnistamiseen ja päihteiden käytön puheeksi ottamiseen (Voutilainen & Tiikkainen 2010, 213). Päihdehaittojen ehkäisemiseksi ongelmaan tulisi puuttua mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, ja vastuu tästä on kaikilla hoito- ja kuntoutustahoilla. Vaikka päihteidenkäyttäjällä on vastuu muutoksesta, tulee työntekijän ottaa asia puheeksi ja motivoida asiakasta muutoksen tekemiseen. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 151.)

Ikääntyneet hakeutuvat usein sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin muiden terveyteen liittyvien syiden kuin päihdeongelmien vuoksi. Peruspalvelut ovatkin ensisijaisessa roolissa ikääntyvien päihdeongelmien tunnistamisessa. (Nykky ym. 2010, 17). Ikääntyneiden kohdalla alkoholin suurkulutuksen tunnistamiseen liittyy erityisiä haasteita. Alkoholin aiheuttamien haittojen voidaan arvioida johtuvan ikääntymisestä tai sairaudesta, kuten masennuksesta tai muistisairaudesta. Alkoholin käytöstä aiheutuvan alentuneen toimintakyvyn havaitseminen voi viivästyä yksin asumisen tai henkilön vähentyneiden sosiaalisten kontaktien vuoksi. (Aalto & Holopainen 2008.) Ikääntyneet usein myös vähättelevät tai salailevat päihdeongelmaansa, mikä liittyy häpeään sekä perinteiseen ajattelumalliin, jossa päihteidenkäyttöä pidetään yksityisasiana (Nykky ym. 2010, 17).

Alkoholinkäytön määrää tulisi selvittää, jos persoonallisuudessa tai käyttäytymisessä tapahtuu äkillisiä tai merkittäviä muutoksia. Sekavuus, muistamattomuus, lääkityksen unohtaminen tai eristäytyminen sosiaalisista suhteista ja tilanteista voivat liittyä päihdeongelmaan. Lisäksi avun hakemisen vastustaminen, toistuvat kaatumiset ja tapaturmat, ruokailusta tai hygieniasta huolehtimattomuus ja taloudelliset vaikeudet voivat olla merkkejä tästä. (Nykky ym. 2010, 17 - 18.)

Asiakkaan alkoholinkäytöstä saadaan parhaiten tietoa keskustelun avulla. Päihteiden käytön kartoittamisessa keskustelu ja asiasta kysyminen on avointa, suoraa ja tuomitsematonta hienotunteisuus huomioiden. Oleellista on riittävän ajan varaaminen keskustelulle. Keskustelun ensisijaisena tavoitteena on mahdollistaa asiakkaan oma pohdinta, jolloin päihteidenkäytön tarkasteluun kannustetaan. Työntekijä tuo asiakkaalle tietoa sekä rohkaisee tätä muutoksen tekemisessä. Päihteidenkäytön puheeksi ottamisen yhteydessä työntekijän on hyvä tuoda esiin myös havaintonsa ja huolensa päih-

teidenkäyttöön liittyen. Asiakkaan tilanteen vaatiessa voi ongelman puheeksi ottaminen olla toistuvaa. (Nykky ym. 2010, 18 - 20.)

Alkoholin suurkulutuksen tunnistamisessa sekä keskustelun apuna ja herättelijänä voidaan käyttää erilaisia työmenetelmiä ja kyselytestejä. Tällöin asiakas saa tietoa ongelmastaan ja voi tarkastella omaa alkoholinkäyttöään. (THL. Työvälineitä yli 65-vuotiaiden alkoholin käytön arviointiin ja varhaiseen tukeen.) Ikääntyneiden alkoholin riskikulutuksen tunnistamisessa voidaan käyttää AUDIT -testiä (Alcohol Use Disorders Identifications), jossa on kymmenen kysymystä alkoholinkäytöstä (Öfverström-Anttila & Alho 2011, 10). Yli 65-vuotiaille on kehitetty myös alkoholimittari, joka on ensimmäinen valtakunnallinen ohjeistus ikääntyneiden kanssa työskentelyyn. Mittarin avulla kysytään alkoholin käytön määrää, tiheyttä, alkoholin ja lääkkeiden yhteiskäyttöä sekä riskikäytön mahdollisuutta. Tarkoitus on myös selvittää syitä alkoholin käytölle sekä siihen liittyviä tilanteita ja oireita. Alkoholimittarin tukena suositellaan käytettäväksi käsikirjassa olevaa voimavaramittaria. (THL. Työvälineitä yli 65-vuotiaiden alkoholin käytön arviointiin ja varhaiseen tukeen.) Kansainvälisessä käytössä on myös ikääntyneille suunnattu CAGE-testi, jossa on neljä kysymystä: ”Oletko koskaan ajatellut, että sinun pitäisi vähentää juomistasi?”, ”Onko sinua koskaan harmittanut juomistasi koskeva arvostelu?”, ”Onko sinulla koskaan ollut syyllisyydentunteita juomisesi takia?” ja ”Oletko ottanut krapularyyppyä aamusin?”. (Nykky ym. 2010, 18.)

Mini-interventio eli lyhytneuvonta on todettu tehokkaaksi menetelmäksi vaikuttaa ikääntyvien päihdeongelmiin ja tukea heitä päihdeidenkäytön vähentämisessä (Nykky ym. 2010, 17). Alkoholin riskikulutuksessa lyhytneuvonta on vaikuttava hoitomuoto ennen riippuvuuden kehittymistä. Ongelmakäytössä se on hoitona yhtä tehokas laajemman intervention kanssa. Perusedellytyksenä lyhytneuvonnalle on tiedostaa alkoholin riskikuluttajien yleisyys ja kysyä asiakkaiden alkoholinkäytöstä aktiivisesti. Asiakkaalle annetaan tietoa hänen alkoholinkulutuksensa haittavaikutuksista ja häntä motivoidaan vähentämään käyttöä suullisilla ja kirjallisilla ohjeilla. Asiakasta tuetaan motivoivalla asenteella, kuuntelemalla ja rakentavasti kommentoimalla. Lyhytneuvonnan pituus on 15 - 20 minuuttia ja sen on tarkoitus olla saumaton osa muuta hoitoa. (Käypä hoito –suositus 2011.)

Lyhytneuvonnan jälkeen voidaan tarvittaessa järjestetää seurantakäynti parin kolmen viikon päähän, jolloin voidaan pohtia asiakkaan asettamia tavoitteita alkoholinkäytöl-

leen. Asiakasta voidaan pyytää pitämään juomapäiväkirjaa, jonka avulla voidaan seurata ja tarkastella kulutuksen määrää sekä verrata sitä suosituksiin (Nykky ym. 2010, 18). Alkoholinkäyttöön liittyvän keskustelun tukena voidaan asiakkaan kanssa yhteisymmärryksessä käyttää myös laboratoriokokeita (veren tai hengitysilman alkoholipitoisuus, seerumin glutamyyli transferaasi (GT), punasolujen keskitilavuus (MCV) ja seerumin niukkahiilihydraattinen transferriini (CDT). Kokeita käytetään etenkin asiakkaan hoitoon motivoimisessa, hoidon tulosten seurannassa tai alkoholin aiheuttaman elinvarion erotusdiagnostiikassa. Laboratoriokokeista voi olla hyötyä myös alkoholin riskikäytön varhaisessa toteamisessa. (Käypä hoito -suositus 2011.)

2.2.2 Motivoiva haastattelu

Motivoiva haastattelu on kokonaisvaltainen ajattelu-, asennoitumis- ja vuorovaikutusmalli, joka korostaa ihmisen voimavaraisuutta ja toimijuutta. Suositeltavampaa onkin käyttää termiä motivoiva toimintatapa, koska menetelmä ei ole ainoastaan haastattelutekniikka. Sen tavoitteena on vahvistaa sisäistä motivaatiota kohti muutosta sekä vaikuttaa haitalliseen ja riippuvuutta aiheuttavaan toimintaan, kuten alkoholiongelmaan. (Päihdelinkki 2011.)

Motivoiva haastattelu on asiakaskeskeistä, mutta silti työntekijän johtamaa keskustelua, jossa asiakasta autetaan kysymyksien ja aktiivisen kuuntelun avulla tunnistamaan mahdollisia ongelmia. Tarkoitus on saada asiakas puhumaan ja toimimaan ongelmien ratkaisemiseksi. Motivoiva haastattelu sisältää viisi alkuvaiheen strategiaa asiakkaan motivaation lisäämiseksi. Näitä ovat avoimet kysymykset, refleктоiva kuunteleminen, myönteinen vahvistaminen, yhteenveto ja itseä motivoivien lauseiden kehittäminen. (Havio ym. 2013, 127 - 128.)

Avoimet kysymykset ovat sellaisia kysymyksiä, jotka alkavat kysymyssanoilla: mitä mikä, miten, milloin jne. Kysymykset auttavat asiakasta pohtimaan omaa tilannettaan laajemmin kuin kysymykset, joihin voi vastata lyhyesti "kyllä" tai "ei". Reflektiot ovat arvauksia siitä, mitä asiakas saattaa sanomallaan asialla pohjimmiltaan tarkoittaa, ja asiakas pystyy niiden pohjalta jatkamaan asioiden pohdintaa. Aina kun mahdollista, olisi asiakkaalle annettava positiivista palautetta, joka osoittaa luottamusta asiakkaan kykyyn muuttua ja vahvistaa hänen voimavarojaan. (Havio ym. 2013, 130.)

Ihminen omaksuu yleensä parhaiten sen näkemyksen, mihin hän päätyy oman ajattelunsa avulla. Motivoivan haastattelun menetelmänä on asiakasta itseä motivoivien lausumien esiin nostaminen ja niiden vahvistaminen. Motivoivia lausumia on neljänlaisia: ongelman tunnistaminen, huolen ilmaiseminen, suora tai epäsuora toteamus muutosaikomuksesta sekä optimismi muutoksen suhteen. Motivoivia lausumia voidaan vahvistaa, mutta asiakkaan puolustautuvia lausumia ei kannata toistaa, esimerkiksi lausumaa: "Monet juovat vielä enemmän." (Havio ym. 2013, 130.)

Motivoivaan haastatteluun kuuluu objektiivisen arvion tekeminen. Arvioinnissa käydään läpi juomismäärät, humalahuiput, alkoholiriippuvuuden aste ja esimerkiksi laboratorioarvot. Asiakkaalle annetaan tulkintaa helpottavaa tietoa, mutta johtopäätösten teko jää hänelle itselleen. Henkilökunta kertoo pyydettäessä mielipiteensä, mutta asiakasta ei saa painostaa hyväksymään heidän näkemystään. Mikäli näkemykset ovat kovasti ristiriidassa, henkilökunta voi ilmaista huolestumisensa asiasta. (Havio ym. 2013, 131.)

Motivoivan haastattelun tavoitteeksi voi muotoutua päihteiden käytön pysyminen ennallaan, sen vähentäminen tai lopettaminen kokonaan. Jos tavoitteeksi jää päihteiden käytön jatkaminen entiseen tapaan, tulisi siitä avoimesti keskustella. Asiakas voi jatkossa seurata omaa päihteiden käyttönsä määrää ja tiheyttä esimerkiksi juomapäiväkirjan avulla ja arvioida jatkossa muutoksen tarvetta. Toisena vaihtoehtona voi olla kontrolloidun tai ongelmattoman juomisen tavoite. Kohtuukäyttöön tähdättäessä asiakkaalla ei saisi olla vahvaa riippuvuutta eikä voimakkaita vieroitusoireita ja hänen pitäisi haluta oppia juomaan hallitusti ja juomistapansa tulisi olla tasainen. Kolmantena vaihtoehtona on raittius. Raittiutta suositellaan henkilölle, jonka ongelma tai vamma pahenee, kun hän käyttää päihteitä, tai silloin, jos hänen on mahdotonta juoda kohtuullisesti. Voimakas riippuvuus, käytön pakonomaisuus, vaikeus noudattaa itselle asettamia rajoja, elämän kapeutuminen tai asiakkaan oma tunne, että on alkoholisti tai päihdeongelmainen, ovat myös suositeltavia syitä täysraittiuuteen. (Havio ym. 2013, 131 - 132.)

Smedslundin tutkijajoukon tekemän laajan kirjallisuuskatsauksen perusteella päihdeongelmaisten todettiin hyötyvän motivoivasta haastattelusta, kun mittarina käytettiin päihteiden käytön vähentymistä viimeisen vuoden aikana. Näyttöä yli vuoden kestävälle tehokkuudelle ei kuitenkaan löydetty. Motivoiva haastattelu oli kuitenkin vaikut-

tava keino päihdeongelmaisten päihteidenkäytön vähentämiseen, kun verrataan päihdeongelmaisiin, jotka eivät hoitoa saaneet. Motivoivan haastattelun todettiin olevan tehokkaampi menetelmä kuin pelkkä asiakkaan päihdeongelman arviointi ja palautteen antaminen, kun tarkasteltiin päihteiden käyttöä 6 - 12 kuukautta hoidon loppumista. (Smedslund, Berg, Hammerström, Steiro, Leiknes, Dahl & Karlsen 2011.)

2.2.3 Muutosprosessin vaihemalli

Päihdeongelmaa koskevien erityispiirteiden ymmärtäminen auttaa työntekijää tunnistamaan ja kohtaamaan päihderiippuvuuteen liittyviä ristiriitaisia tilanteita. Esimerkiksi tieto muutos-, kieltämis- ja retkahtamisprosessin luonteesta tukee asiakkaan kanssa työskentelyä. Tässä kappaleessa käsitellään muutosprosessin vaihemallia, jonka mukaan muutoksen vaiheet ovat: esiharkintavaihe, harkintavaihe, päätösvaihe, toimintavaihe, ylläpitovaihe ja mahdolliset retkahdukset. (Havio ym. 2013, 17, 48.)

Alkoholinkäytön vähentämisessä, kuten elämänmuutoksissa yleensäkin tulee ensimmäisenä ymmärtää nykytilanne, tunnistaa ja tunnustaa tarve muutokselle. Alkoholinkäytön näkyväksi tekeminen onkin merkittävä mutta haastellinen vaihe muutosprosessissa. Oleellisin asia päihderiippuvuudesta selviytymisessä on ihmisen henkilökohtaisen motivaation herääminen, jolloin työntekijä voi omalla toiminallaan edistää muutosta tai asiakkaan valmiutta siihen (Nyky ym. 2010, 19, 23).

Esiharkintavaiheessa olevalle henkilölle on tyypillistä, että hän ei tunnista ongelmaansa ja on epätietoinen avun tarpeestaan. Henkilöltä voi puuttua myös rohkeus hakeutua hoitoon. Sen sijaan lähipiiri usein kokee päihteiden käytön ongelmalliseksi ja yrittää saada asianomaista hoidon piiriin. Hoitoon hakeutuminen ainoastaan muiden painostuksesta ei johda useinkaan pysyviin elämänmuutoksiin. Tässä vaiheessa työntekijän tulisikin herätellä asiakkaan omaa halua saada apua ongelmaansa. (Nyky ym. 2010, 23.) Esiharkintavaihe voi kestää pitkään, jopa vuosia (Havio ym. 2013, 48).

Harkintavaiheessa henkilö alkaa tiedostaa ongelmansa ja pohtia muutoksen tekemistä. Asiakkaan on helpompi vastaanottaa tietoa päihteiden haittavaikutuksista, ja vaiheeseen kuuluvat ristiriitaiset ajatukset alkoholinkäytön myönteisistä ja kielteisistä puolista. Tällöin aiempien asiakkaan onnistumistenkokemusten muistelu, merkityksellisten asioiden pohtiminen eri työmenetelmien avulla tai lääketieteellisten tulosten, kuten maksa-arvojen selvittäminen voi motivoida asiakasta muutoksen tekemiseen. Lisäksi

asiakkaan kanssa voi keskustella erilaisista hoitovaihtoehdoista ennakoasenteiden vähentämiseksi. (Nykky ym. 201, 24.)

Joskus kauankin kestäneen harkinnan jälkeen vuorossa on päätöksentekovaihe. Päätöksentekoon liittyvät vahvat tunnetilat, jolloin lähiyhteisön tuki on tärkeä. Aiemmat kokeilut kohti päihteettömyyttä ovat voineet olla yksittäisiä ja yksityisiä. Päätöksenteon jälkeen muutokseen tulee sitoutua, siirtyä konkreettisiin toimiin ja laatia suunnitelma muutoksen etenemiseksi. Suunnitelmaan voivat sisältyä tavoitteet, keinot, aikataulun ja palkitsemissuunnitelma tavoitteen toteutumisen kunniaksi. (Havio ym. 2013, 48 - 49.)

Toimeenpanovaiheessa henkilö hakee vaihtoehtoja päihteidenkäytölle sekä keinoja päätöksensä tueksi ja houkutusten välttämiseksi. Henkilö puhuu päihteettömyystään tai päihteiden käytön vähentämisestä, jolloin kokemuksista olisi tärkeä päästä keskustelemaan läheisten tai samankaltaisissa tilanteissa olevien henkilöiden kanssa. Keskeistä on saada myönteistä palautetta, tukea ja onnistumisenkokemuksia edistymisestä. Osa hakeutuu tällöin tukiryhmiin tai terapiaan. (Havio ym. 2013, 49.) Päihteiden käytöstä keskusteltaessa työskentelyotteen tulisi olla syyllistämistä ja leimaavan palautteen antamista välttävää. Monesti asiakkaille on jäänyt eletystä elämästä heikko itsetunto, jota tulisi vahvistaa keskusteluiden avulla. Asiakkailta voi olla elämässään menetyksiä, yksinäisyyttä, masennusta tai elämän merkityksettömyyden kokemuksia, joita on tärkeä käsitellä. Työskentelyotteessa on keskeistä, ettei tosiasioita kielletä tai vältellä puhumasta vaikeista asioista. Tällöin huumori voi olla keino mennä ongelmista eteenpäin. Asiakkaiden merkityksellisiksi kokemista asioista tulisi kannustaa puhumaan, vaikka näistä olisikin kulunut jo aikaa tai kyse olisi traumaattisistakin asioista. (Nykky ym. 2010, 115 - 116.)

Haasteellisin vaihe muutosprosessissa on ylläpitovaihe. Myönteisten kokemusten saaminen ja ympäristön tuki arkipäiväistyvät, jolloin riski entiseen käyttäytymismalliin palaamisesta kasvaa. Mielikuvat päihteiden aiheuttamista haitoista ovat etäämmällä ja harmaan arjen tilalle saatetaan etsiä vahvoja myönteisiä tunnetiloja päihteistä. Myös pettymykset voivat altistaa päihteidenkäytölle. Ylläpitovaiheessa tulee edelleen vahvistaa asiakkaan sitoutumista muutokseen etsimällä vaihtoehtoisia toimintamalleja ja välttämällä houkutusia. Päihteidenkäytön muutosta voidaan tukea esimerkiksi

opettelemalla retkahduksenestotekniikoita ja rentoutumiskeinoja. Asiakkaan omaa suhtautumista päihteidenkäyttöön olisi tärkeä tietoisesti työstää. (Havio ym. 2013, 49.)

Muutosprosessiin kuuluu retkahduksen mahdollisuus eli entiseen käyttäytymismalliin palaaminen. Retkahdusta voivat edeltää voimakkaat myönteiset tai kielteiset tunnetilat, sosiaaliset paineet tai henkilön sisäiset ristiriidat. Päihteidenkäyttäjää tulee auttaa tunnistamaan päihteidenkäyttöä ennakoivia tilanteita ja tuntemuksia. Hänellä on oltava etukäteen mietittyjä keinoja, jotka auttavat riskialttiista tilanteesta eteenpäin ilman päihteitä. Näitä keinoja voivat tukihenkilön tapaaminen, puhelu hoitopaikkaan, lenkille lähteminen tai muiden arkisten asioiden tekeminen. Keskeistä on, että henkilö saa ohitettua mieliteon päihteisiin. (Havio ym. 2013, 154 - 155.) Retkahdus tulisi nähdä epäonnistumisen sijaan oppimistilanteena, jotta voidaan oppia havaitsemaan retkahdukselle altistavia tekijöitä. Retkahdukseen liittyy usein häpeää, syyllisyyttä ja toivotomuutta, joiden ilmaisemiselle tulee antaa tilaa. Kun kielteisetkin tunteet hyväksytään osaksi muutosprosessia, mahdollistetaan niistä vapautuminen ja eteenpäin siirtyminen. (Havio ym. 2013, 49.)

2.2.4 Ammatillisen tuen merkitys

Ikääntyneiden päihdehoitotyö on varsin haastavaa. Työssä on siedettävä asiakkaan tilanteen keskeneräisyyttä ja työntekijän tulee herättää toivoa vaikeissakin elämäntilanteissa. (Voutilainen & Tiikkainen 2010, 213 - 214.) Päihdehoitotyössä käytetään työvälineenä omaa persoonaa, ja jaksamisen vuoksi itsestä huolehtiminen on tärkeää. Työyhteisön tuki ja selkeä työnjako edesauttavat jaksamista. (Havio ym. 2013, 233.) Työyhteisössä tulisi käydä avointa keskustelua alkoholinkäyttöön suhtautumisesta ja työpaikan käytännön säännöistä alkoholinkäyttöä kohtaan. Tämä luo ammattilaisten keskuuteen myönteistä asennetta ottaa alkoholinkäyttö puheeksi myös asiakassuhteissa. (Mäkelä, Seppä & Havio 2012, 1166 - 1167.)

Päihdehoitotyössä työnohjausta on käytetty työn laadun parantamiseen ja työntekijöiden jaksamisen tukemiseen. Työnohjauksessa voidaan käsitellä yhden potilaan tai kokonaisen potilasryhmän hoitoa. Työtavat ja työyhteisöstä nousevat kysymykset ovat asioita, joita yleisesti työnohjauksessa käsitellään. Työnohjaus on luottamuksellista toimintaa, ja ohjaus voi olla yksilöohjausta, työpariohjausta tai ryhmäohjausta. Työnohjausryhmä voi koostua saman ammatin edustajista tai se voi olla moniammatillinen ryhmä. Työnohjaus ei välttämättä keskity asiakkaisiin, vaan se voi olla myös työpai-

kan henkilökunnan koulutukseen tai työpaikan muuhun kehittämiseen liittyvää. Työn-ohjauksella voidaan parantaa päihdehoitotyössä olevia epäkohtia, kuten hoidon laatua, kielteisiä asenteita, riittämätöntä tietoa ja siitä johtuvia epärealistisia tavoitteita työssä sekä puutteita yhteistyössä. Työnohjauksella pyritään vaikuttamaan henkilökunnan asenteisiin ja ymmärrykseen työn merkityksellisyydestä sekä sopia työtehtävien ja vastuun jaosta. (Havio ym. 2013, 233 - 234.)

2.3 Ammatilliset asenteet päihdehoitotyössä

Alkoholinkäytön moniulotteisuuden ymmärtäminen tukee ammatillisen työotteen toteutumista asiakastyössä. Eri ulottuvuuksien tunteminen auttaa työntekijää suhtautumaan ikääntyvien alkoholin kohtuukäyttöön sekä alkoholin ongelmakäyttöön. (Voutilainen & Tiikkainen 2010, 210). Tärkeä osa hoitotyötä on työntekijän ja asiakkaan välinen vuorovaikutus, johon vaikuttavat molempien elämäkokemuksen, koulutuksen ja sosiaalisen ympäristön muokkaamat arvot ja asenteet. Asenteilla on paljon merkitystä, kun kohdataan päihdeongelmaisia asiakkaita ja työskennellään heidän kanssaan, sillä ne näkyvät kaikessa toiminnassa (Levo ym. 2008, 13). Eettinen tietoisuus on työntekijälle oleellinen tekijä ammatti-identiteettinsä rakentumisessa. Sosiaali- ja terveysalan eettisten ohjeiden, kuten oikeudenmukaisuuden ja itsemäärämisoikeuden kunnioittamisen on tarkoitus herätellä työntekijän eettistä tietoisuutta työssään sekä tukea häntä päätöksenteossa. Päihdeongelmien parissa työskenneltäessä eettisiä ristiriitatilanteita syntyy usein, jolloin on tilannekohtaisesti pohdittava asiaan mahdollisimman eettistä ratkaisua. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 241 - 242.)

Ikääntyneen päihdeongelmaisen asiakkaan kohtaamista ohjaavat yleiset päihdehoitotyön eettiset periaatteet. Ikääntyneen päihdeongelmaisen kanssa tehtävässä työssä tulee huomioida päihdeongelman lisäksi ikääntymisen myötä tulevat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset muutokset sekä hengellisten tarpeiden muutokset. Myös elämänhistoria merkitys sisältöineen ja nykyinen elämäntilanne jäljellä olevine elinvuosineen on otettava huomioon. Ikäeettisen päihdetyön taustalla on ajatus voimavaralähtöisestä toiminnasta. (Levo ym. 2008, 15 - 16.)

Päihdeongelmiin liittyy monesti voimakkaita tunteita. Niin päihdeidenkäyttäjät kuin työntekijätkin voivat tuntea syyllisyyttä, avuttomuutta, häpeää, pelkoa tai vihaa, kun pohditaan päihteisiin liittyviä kysymyksiä. (Nykky ym. 2010, 6.) Ongelmaan puututtaessa joudutaan aina vastakkain oman suhtautumisen kanssa alkoholinkäyttöön liitty-

en, minkä vuoksi siihen suhtautuminen voi olla ristiriitaista. (Levo ym. 2008, 13 - 14). Päihdeongelmaisia asiakkaita kohdatessa on keskeistä, että työntekijä on työstänyt omaa asennettaan päihteidenkäyttöön, jotta ammatillisen avun antaminen ja työssä kehittyminen mahdollistuvat. Päihdeongelmasta keskustelu vaikeutuu, jos työntekijä kieltäytyy pohtimasta ongelman itsessään aiheuttamia tunteita ja reaktioita. Vuorovaikutuksessa työntekijän tunteet välittyvät asiakkaalle, joka voi herkästi tulkita nämä kielteiseksi asenteeksi. Tällöin edellytykset hoitosuhteelle voivat pahimmillaan tuhoutua. Työntekijän tunnistaessa omien reaktioidensa lähtökohdat selkeästi kykenee hän käyttämään omaa persoonallisuuttaan asiakkaidensa tukemisessa paremmin. (Havio ym. 2013, 16 - 22, 184.)

Terveystieteidenhuollossa puuttumattomuutta ikääntyneiden päihteidenkäyttöön on perusteltu sillä, että on vaikea erottaa alkoholin aiheuttamat oireet ikääntymisen mukanaan tuomista seuraamuksista. (Laapio 2007, 47.) Työntekijä saattaa kokea alkoholin käytöstä kysymisen arkaluonteisena aiheena ja hoitotyöntekijöiden suhtautuminen ikääntyneiden suurkulutukseen voi olla moralisoivampaa kuin nuorempien kohdalla. Avun saamista voi estää myös päihdeongelmiin liittyvä hoitopessimismi. (Aalto & Holopainen 2008.) Alkoholin suurkulutuksesta muodostuu usein sosiaalisia, terveydellisiä ja taloudellisia ongelmia, jolloin alkoholiongelmaisten oikeutta saada tarvitsemaansa hoitoa voidaan helpommin kyseenalaistaa. Moralisisessa suhtautumisessa päihdeongelma nähdään itse aiheutettuna sairautena tai käyttäytymisenä. (Levo ym. 2008, 13 - 14.)

Asiakkaan itsemäärämisoikeutta ei tule käyttää verukkeena sille, ettei ongelmaan puututa ja asiakas jää ilman tarvitsemaansa hoitoa. Vaikka asiakas kieltäytyisi hoidosta, on hänen hoitonsa ja huolenpitoinsa toteutettava mahdollisimman hyvin. Hoidon tarpeessa olevaa asiakasta ei tule syyllistää, vaikka hän itsemäärämisoikeuteensa vedoten kieltäytyisikin hoidosta. Pakkohoidon käyttäminen päihdehuoltolain, mielenterveyslain tai lastensuojelulain nojalla on äärimmäinen ratkaisu ottaa asiakas hoitoon, jos hän aiheuttaa hengenvaaraa itselleen tai lähiympäristölleen. (Levo ym. 2008, 12.)

Terveystieteidenhuollon ammattilaisten suhtautumista alkoholinkäytön puheeksi ottamiseen ja lääkärin tai hoitajan kokemuksia annetusta lyhytneuvonnasta selvitettiin Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen juomatapatutkimuksessa vuonna 2008. Aineiston perusteella suhtautuminen puheeksi ottamiseen on Suomessa myönteistä, mutta lyhytneuvontaa

riskien vähentämiseksi käytetään silti liian vähän. Tulokset tukevat sitä, että ehkäisevä päihdetyö tulisi ottaa kaikissa terveystalveissa luontevaksi osaksi potilaan terveydentilan kartoitusta. Työpaikoilla tulisi olla saatavilla aineistoja potilaan alkoholinkäytöstä kysymiseen ja neuvontaan. Myös lisäkoulutuksen mahdollisuutta tulisi käyttää. (Mäkelä ym. 2012.)

Työntekijöiden asenteita asiakkaiden alkoholinkäyttöä kohtaan ei ole juurikaan tutkittu. Suuntaa päihdehoitotyön asenteista antaa VTM Kristiina Kuussaaren väitöstutkimus, jossa hän on selvittänyt sosiaalitoimen, terveydenhuollon ja nuorisotoimen työntekijöiden käsityksiä huumeidenkäyttäjien hoitopalvelujärjestelmästä. Tutkimus osoitti, että työntekijöiden suhtautumisessa huumeidenkäyttäjiä kohtaan oli suuria eroja. Yleisesti huumeidenkäyttäjien hoitoa pidettiin tärkeänä, mutta osalle huumeiden käyttö näyttäytyi pahana ja käyttäjien hoito täysin turhana. Työntekijöiden huumeisiin, hoitokäytäntöihin ja hoitojärjestelmään liittyvissä tiedoissa oli parantamisen varaa. Tutkimustuloksissa korostui koulutuksen ja ajankohtaisen tiedon tärkeys työntekijöiden asenteisiin ja mielipiteisiin. (Kuussaari 2006.)

Päihdehoitotyön ammatillisen osaamisen muutos tapahtuu hitaasti ja edellyttää järjestelmällistä, määrätietoista sekä kattavaa johtamista ja kouluttamista (Mäkelä ym. 2012). Päihteiden käyttöön asennoitumista voi tietoisesti edistää lisäkoulutuksen, ammattikunnan välisen yhteistyön, työyhteisön tuen ja työnohjauksen avulla. (Havio ym. 2013, 22.)

3 TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kartoittaa, minkälaista ammatillista osaamista Kouvolan kotihoidon henkilökunnalla on ikääntyneiden päihdehoitotyössä. Tutkimuksen tavoitteena on antaa suuntaa, minkälaisiin asioihin Kouvolan kotihoidon henkilöstön koulutuksen suunnittelussa tulisi kiinnittää huomiota. Tutkimuskysymyksiä on kolme:

- Minkälaista tiedollista osaamista henkilökunnalla on ikääntyvien päihdehoitotyöstä?
- Minkälaista taidollista osaamista henkilökunnalla on ikääntyvien päihdehoitotyöstä?
- Minkälaisia asenteita henkilökunnalla on ikääntyvien päihdehoitotyöhön liittyen?

4 KYSELYTUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Kyselytutkimus tiedonkeruumenetelmänä ja mittarin laadinta

Tässä opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää, koska kiinnostus kohdistui erilaisiin luokitteluihin, syy- ja seuraussuhteisiin, vertailuihin ja numeerisiin tuloksiin perustuvien ilmiöiden selittämiseen. Määrällinen tutkimusote soveltui parhaiten tutkimuksen tavoitteisiin, sillä vastaus haluttiin kysymyksiin kuinka moni, kuinka paljon ja kuinka usein. (ks. Vilka 2007, 13 - 25.) Määrälliselle tutkimukselle tyypillistä on teoreettisten käsitteiden muuttaminen empiirisesti mitattavaan muotoon. (KvantiMOTV).

Tämän opinnäytetyön tutkimusaineisto muodostui Kouvolan kotihoidon henkilöstölle lähetetyn strukturoidun kyselylomakkeen vastauksista. Kysely sopi tutkimuksen aineistonkeruun tavaksi, koska vastaajien määrä oli suuri ja he olivat hajallaan toisistaan. Standardoidussa eli vakioidussa kyselylomakkeessa kaikilta vastaajilta kysytään samat kysymykset, samassa järjestyksessä ja samalla tavalla. Kotihoidon työntekijöille suunnatuissa kysymyksissä pyrittiin ottamaan huomioon, että samaa sisältöä koskevat asiat seurasivat toisiaan teoriasta johdettujen aihealueiden mukaisesti. (ks. Vilka 2007, 28, 67, 77; KvantiMOTV.)

Yleinen aineiston keruun menetelmä määrällisessä tutkimuksessa on kyselylomake. Lomake on tärkeä suunnitella, muotoilla ja testata huolella, sillä virheiden korjaaminen ei ole aineiston keräämisen jälkeen mahdollista. Kysymysten muotoilussa on tärkeää huomioida, että samaa sisältöä koskevat asiat seuraavat toisiaan ja kysymykset ovat täsmällisiä. Tärkeää on, että kaikki vastaajat ymmärtävät kysymykset samalla tavalla. Kysymysten tulee myös olla yksiselitteisiä ja ne eivät saa olla johdattelevia. (Vilka 2007, 67, 77; KvantiMOTV.)

Aineistonkeruuseen tarkoitetun kysymyslomakkeen laadinta aloitettiin vuoden 2013 lopulla, kun tutkimuksen teoriatausta ja tutkimuskysymykset olivat hahmottuneet. Tutkimusjoukolle esitetyt kysymykset johdettiin luvussa 2 esitetystä teoriasta. Valmiiseen lomakkeeseen tuli 47 teemoittain järjesteltyä kysymystä (liite 5). Jokaisesta ky-

symyksestä tehtiin teemojen mukaisesti muuttujataulukko (liite 3), josta selviää sivunumeroin merkitty viittaus aiemmin tutkittuun tietoon.

Kyselylomake muotoiltiin siten, että alussa kysyttiin vastaajien taustatietoja: koulustausta, työkokemuksen pituutta ja toimipaikkaa. Varsinaisissa asenneväärittämissä käytettiin neliportaista Likert-asteikkoa (1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = jokseenkin samaa mieltä, 4 = täysin samaa mieltä) eli muuttajat olivat järjestysasteikollisia. Likert-asteikkoa käytetään tyypillisesti juuri asenne- ja motivaatiomittauksissa, joissa koehenkilö itse arvioi käsitystään väittämän tai kysymyksen sisällöstä (Metsämuuronen 2011, 56). Koska kaikilla tutkimuksen kohderyhmään kuuluvilla oli tutkittavasta aiheesta ainakin jonkinlaista tietoa, vastausvaihtoehtoa ”en tiedä/en osaa sanoa” ei tarjottu.

Vastaajia pyrittiin motivoimaan osallistumaan tutkimukseen huolellisesti laaditun saatekirjeen (liite 2) avulla. Saatekirjeessä vastaajille annettiin tietoa tutkimuksesta ja kerrottiin, mihin tarkoitukseen heidän vastauksiaan käytetään. Siitä ilmeni myös arvioitu vastausaika. Luotettavuuden lisäämiseksi vastaajille kerrottiin, että heidän anonyymiteettinsä otetaan huomioon läpi koko tutkimusprosessin ja taustatietoja tiedustellaan ainoastaan vastausten tilastollista käsittelyä varten (KvantiMOTV. 2014).

Kyselylomake on aina testattava ennen varsinaista aineiston keräämistä, mikä tarkoittaa esikyselyn tekemistä. Esikyselyn avulla voidaan arvioida mittarin toimivuutta, selkeyttä, kysymysten täsmällisyyttä ja yksiselitteisyyttä sekä mittaako kysely juuri sitä asiaa, jota on tarkoitus mitata. Myös lomakkeen pituuden ja vastaamiseen käytetyn ajan kohtuullisuuden mittaaminen on keskeistä. Opinnäytetyön esikysely testattiin Kotkan kotihoidon työntekijöillä, jotta heillä olisi ollut mahdollisimman samankaltaista osaamista kyselyn teemoihin liittyen kuin varsinaiseen kyselyyn osallistuvilla Kouvolan kotihoidon työntekijöillä. (Vilka 2007, 78.) Kysely lähetettiin kuudelle henkilölle, joista neljä vastasi. Vastanneiden mielestä kysely oli asiallinen ja kysymykset aiheellisia. Kritiikkiä antavaa palautetta eivät vastaajat juurikaan antaneet, joten kyselylomakkeeseen ei tehty muutoksia.

Kysely lähetettiin Webropol -ohjelman avulla maaliskuussa 2014. Ajankohta valittiin sillä perusteella, että juhlapyhien ja vuodenvaihteen aiheuttamat kiireet olisivat ohi ja kyselylle saataisiin mahdollisimman paljon vastaajia. Lomakekyselyjen yksi yleinen

ongelma on niiden alhainen vastausprosentti (Vilkkä 2007, 28). Tässä kyselyssä vastaustaikaa annettiin kaksi viikkoa, jonka päätyttyä vastauksia saatiin 44. Tämän jälkeen kyselyä jatkettiin viikolla, jolloin lopullinen vastausmäärä oli 127.

4.2 Aineiston keruu ja analysointi

Opinnäytetyön tutkimuksen kohteina olivat Kouvolan kotihoidon työntekijöiden ikääntyneiden päihdehoitotyötä koskeva tiedollinen ja taidollinen osaaminen sekä asenteet. Tutkimus perustui kokonaistutkimukseen, sillä kysely lähetettiin sähköpostitse jokaiselle Kouvolan kotihoidon (kotipalvelu ja kotisairaanhoido) käytännön hoitotyötä tekeväälle työntekijälle (N=330). Vastaajiin kuului sairaan- ja terveydenhoitajia, lähi- ja perushoitajia sekä kodinhoitajia ja kotiavustajia. Kotihoidon ohjaajat ja aluejohtajat rajattiin kyselyn ulkopuolelle heidän erilaisen työnkuvansa vuoksi.

Ryhmää, jonka käsityksiä halutaan selvittää, nimitetään perusjoukoksi, ja mikäli mitataan kaikki perusjoukon yksilöt, kyse on kokonaistutkimuksesta. Kokonaistutkimus on varmin tapa saada määrällistä tietoa, mutta yleensä se on mahdoton toteuttaa ja tavallisesti turvaudutaankin jonkinlaiseen otantaan. Kokonaistutkimuksen perusjoukon voidaan ajatella olevan otos ”hypoteettisesta pääjoukosta”, joilloin myös tilastollisten testausten tekeminen on mielekästä (Melin 2010, 19). Tässä työssä hypoteettiseksi pääjoukoksi voidaan ajatella esimerkiksi kaikki Suomen kotihoidon työntekijät.

Kvantitatiivisen tutkimusaineiston analyysi koostuu kuvaamisesta, tiivistämisestä ja selittämisestä (Vehkalahti 2008). Tilasto-ohjelmien käyttö ei sisälly tekijöiden opintoihin, joten ohjelman käyttöön ja aineiston analysointiin pyydettiin ulkopuolista apua ja ohjausta. Aineiston analysointi tehtiin SPSS19 -tilastoanalyysiohjelmalla ja apuna käytettiin myös Excel -ohjelmaa.

Aineiston silmämääräisen tarkistamisen jälkeen siitä laadittiin frekvenssi- ja prosenttilaulukot (liite 6) sekä laskettiin keskeisimmät tunnusluvut (liite 7). Tunnuslukujen laskemiseen aineistosta vaikuttaa ratkaisevasti *muuttujan mitta-asteikko*, ja tunnusluvut puolestaan vaikuttavat siihen, millaisia menetelmiä ja tilastollisia testauksia voidaan käyttää. Mitä korkeampi on mittaustaso, sitä enemmän analyysissa on vaihtoehtoja. (Vehkalahti 2008, 27.) Taulukossa 1 on esitetty, millaisia tunnuslukuja järjestys- ja välimatka-asteikollisista muuttujista voidaan laskea.

Taulukko 1. Joidenkin tunnuslukujen ominaisuudet ja soveltuvuus eri mitta-asteikoille (Helakorpi 2001, 29)

Mitta-asteikko	Ominaisuudet	Tunnusluvut
Nominaaliasteikko	samanlainen – erilainen, esim. siviilisääty	moodi (Mo) kontingenssikerroin
Järjestysasteikko	edellisen lisäksi: järjestys, esim. paremmuus- tai pituusjärjestys	edellisten lisäksi: mediaani (Md) vaihteluväli W Spearmanin järjestyskorrelaatiokerroin
Välimatka-asteikko	edellisten lisäksi: tasavälisyys, esim. lämpötila tai leveyspiiri	edellisten lisäksi: aritmeettinen keskiarvo \bar{x} keskihajonta s / sd korrelaatiokerroin r

Likert-asteikko on järjestysasteikollinen muuttuja, mutta sitä käsitellään usein välimatka-asteikollisena muuttujana, mikä se ei tarkasti ottaen ole. Kyse on siitä, että ei voida olettaa, että ”täysin samaa mieltä” ja ”jokseenkin samaa mieltä” olevat poikkeaisivat toisistaan yhtä paljon kuin ”täysin eri mieltä” ja ”jokseenkin eri mieltä” olevat. (Metsämuuronen 2011, 71). Metsämuurosen mukaan Likert voi kuitenkin olla ”hyvä järjestysasteikollinen muuttuja”, jolloin välimatka-asteikollisille mittauksille kehitettyjä analyysimenetelmiä voi hyödyntää. Vehkalahti (2008, 37) suhtautuu varauksellisemmin mutta hän toteaa, että Likertin asteikosta voi ”vallan hyvin laskea keskiarvoja, hajontoja ja korrelaatioita”.

Aineistosta laskettiin muuttujien keskiarvot, mutta keskiarvo yksin ei kerro paljonkaan. Muuttujien keskiarvot saattavat olla samoja, mutta niiden jakauma on kenties aivan erilainen. Jakaumia tarkasteltiin sekä histogrammin avulla että laskemalla keskihajontaluku (*std.deviation* - *sd*). Keskihajonta kuvaa mittausarvojen jakautumista keskiarvon ympärille eli mitä suurempi *sd* on, sitä laajemmalle alueelle arvot keskiarvosta hajautuvat. (Metsämuuronen 2011, 351–352.) Raja-arvoksi päätettiin $sd > 0,8$ eli mikäli muuttujan keskihajonta oli tuota suurempi, sitä analysoitiin tarkemmin. Kyseinen raja-arvo ei sinänsä perustu mihinkään, vaan on niin sanotusti täysin mielivaltaisesti päätetty.

Aineistoa tiivistettiin laskemalla osasta muuttujia niin sanottuja summamuuttuja (Metsämuuronen 2011, 536). Summamuuttujan muodostaminen perustuu ajatukseen yksilotteisesta ilmiöstä, jota on mitattu usealla mittarilla (esimerkiksi kysytty usealla kysymyksellä). Samaa asiaa kuvaavat mittarit lasketaan yhteen, jolloin saadaan yksittäisiä mittareita luotettavampi yhdistelmämittari. Keskeistä on, että summamuuttujan osiot eli alkuperäiset muuttujat todellakin mittaavat samaa asiaa. (Metsämuuronen 2011, 540.) Summamuuttujan perusteena käytettiin muuttujien keskiarvoa, keskihajontaa ja ennen kaikkea korrelaatiokerrointa (Vehkalahti 2008, 77).

Korrelaatio kuvaa kahden muuttujan yhteyden tai riippuvuuden voimakkuutta. Korrelaatiota kuvaava luku, korrelaatiokerroin kertoo sen, onko muuttujien välillä lineaarinen riippuvuus. (Vehkalahti 2008, 77.) Korrelaation laskemiseen käytettiin Metsämuuroseen tukeutuen Spearmanin korrelaatiokerrointa (r_s), joka on tavallisin jätysasteikkollisista muuttujista laskettu korrelaatioluku. Korrelaatiokertoimen saadessa arvon 0,80–1,0, sitä voidaan sanallisesti kuvailla ”erittäin korkeaksi, välillä 0,60–0,80 ”korkeaksi” ja 0,40–0,60 ”kohtuulliseksi”. (Metsämuuronen 2011, 366–367, 371.) Tässä yhteydessä päätettiin, että summamuuttuja voidaan muodostaa, mikäli $r_s > 0,60$.

Muuttujien välisten yhteyksien tutkimisessa ristiintaulukointi on hyvä ja käytetty perusmenetelmä kuvailla tuloksia ja kartoittaa alustavasti vaikutussuhteita (Vehkalahti 2008, 68, 80). Tässä tutkimuksessa kiinnostus kohdistui siihen, onko vastaajien koulutuksella ja työkokemuksella yhteyttä käsityksiin omasta tiedollisesta ja taidollisesta osaamisesta tai vaikuttavatko ne asenteisiin.

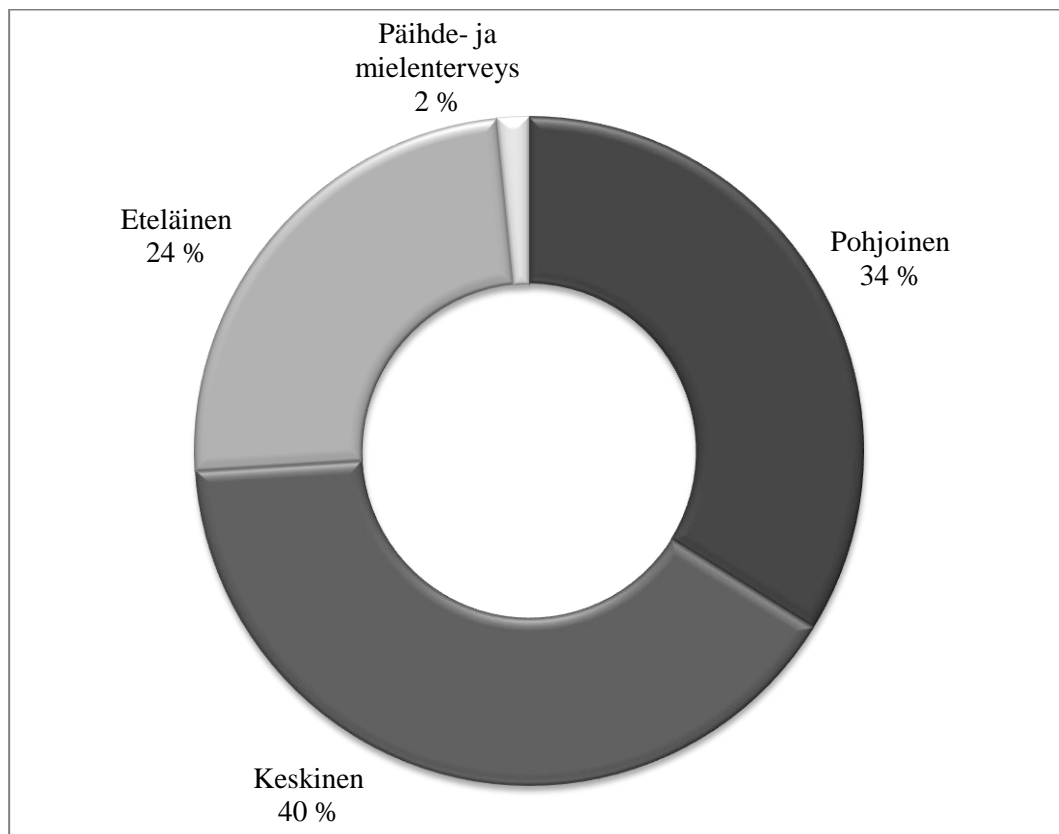
Ristiintaulukoinnin tilastollisen merkitsevyyden testaamiseen käytetään usein χ^2 -testiä (”khii-toiseen testi”). Testi mittaa sitä, millä todennäköisyydellä saatu tulos on yleistettävissä perusjoukkoon. (Metsämuuronen 2011, 356–357.) Kokonaistutkimuksessa kuten tässä tutkielmassa tilastollinen testaus ei sinänsä olisi ollut tarpeen, mutta analyysissä on kuitenkin sovellettu ajatusta hypoteettisesta perusjoukosta (luku 4.1). Aineistoa on testattu khin neliötestillä, mutta testi ei ollut pätevä, sillä ristiintaulukon kaikissa soluissa ei ollut riittävästi arvoja. Arvojen vähyys ristiintaulukon joissain soluissa johtui siitä, että vastaajaryhmät (SH/TH, LH/PH, KH/KA) olivat hyvin erikoisia.

5 TULOKSET

5.1 Vastaajien taustatiedot

Kysely lähetettiin 330 (N) henkilölle ja siihen vastasi 127 (n) henkilöä. Kyselyn vastausprosentti oli ensimmäisen kierroksen jälkeen 13 % ja toisen kierroksen jälkeen 38 %. Vastanneista jokainen oli vastannut jokaiseen kysymykseen, sillä Webropol ei päästä kyselyssä eteenpäin, mikäli vastaaja ei valitse jotakin annetuista vaihtoehtoista. Tuloksissa ilmoitetut prosenttiluvut on pyöristetty kokonaislukujen tarkkuudella luetavuuden parantamiseksi.

Vastaajat jakautuivat melko tasaisesti eri toimialueille päihde- ja mielenterveystiimiä lukuun ottamatta (kuva 1).

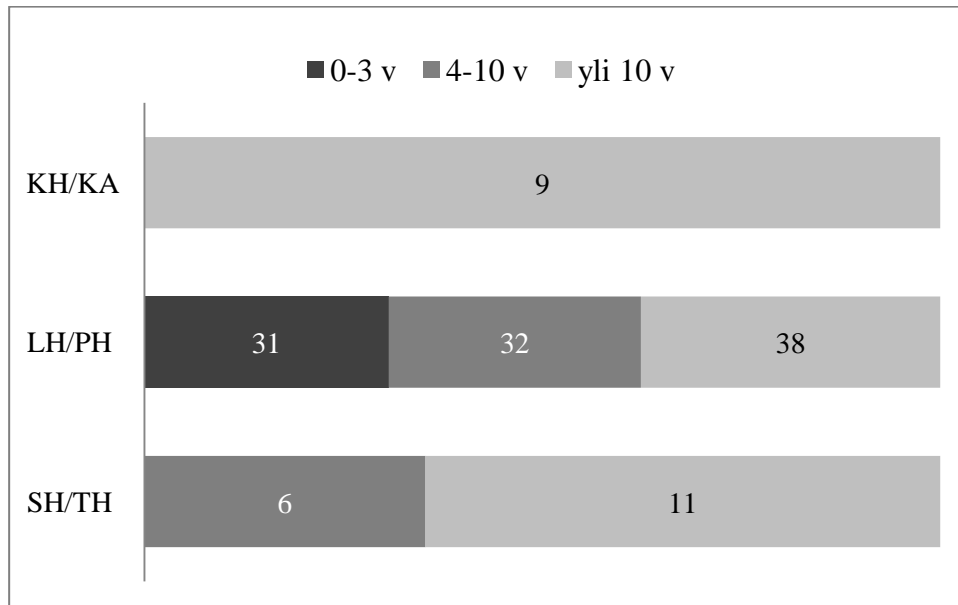


Kuva 1. Kyselyyn vastanneet toimialueiden mukaisesti (n=127)

Vastaajista valtaosa oli lähi- tai perushoitajia, joita oli yhteensä 101 eli noin 80 % vastaajista. Vastaajista 17 oli sairaan- tai terveydenhoitaja ja 9 henkilöä oli kodinhoitaja tai kotiavustaja (kuva 1, s. 34). Ammattiryhmittäin vastaajat edustivat hyvin tasaisesti

eteläistä, keskistä ja pohjoista toimialuetta, lukuun ottamatta sitä, että eteläisen alueen vastaajissa ei ollut ainuttakaan kodinhoitajaa tai kotiavustajaa.

Lähes puolella (58 henkilöä) vastaajista oli yli 10 vuoden työkokemus. Kodinhoitajista ja kotiavustajista jokainen oli työskennellyt yli 10 vuotta. Noin kolmasosalla (31 henkilöä) lähi- ja perushoitajista oli kolme vuotta tai sitä lyhyempi työkokemus. (Kuva 2.)



Kuva 2. Vastaajat koulutuksen ja työkokemuksen suhteen tarkasteltuna (n=127).

5.2 Henkilöstön tiedollinen osaaminen

Tiedollista osaamista mitattiin 21 kysymyksellä (kysymykset 4–25). Kysymysten teemat olivat a) ikääntyminen ja alkoholinkäyttö, b) ehkäisevä ja korjaava päihdehoitotyö, c) kotihoidossa tapahtuva päihdehoitotyö ja d) moniammatillisuus ja palvelujärjestelmän tuntemus.

Selvä enemmistö vastaajista tiesi, millaisia vaikutuksia alkoholinkäytöllä on ikääntyneisiin henkilöihin. Heiltä tiedusteltiin tietämystä muun muassa alkoholinkäytön vaikutuksista fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn ja sosiaalisiin suhteisiin sekä alkoholinkäytön ja sairauksien välisistä riskeistä. Keskimäärin yli 90 % vastaajista ilmoitti olevansa jokseenkin tai täysin samaa mieltä kysyttäessä vastausta ”tiedän” ja ”osaan” -tyyppisiin väittämiin. Lähes yhtä moni vastaajista (n. 84 %) tiesi myös termin ”ehkäisevä päihdehoitotyö”, mutta ”korjaava päihdehoitotyö” tunnistettiin jonkin

verran heikommin. Lähes 40 % vastaajista oli eri mieltä väittämän ”ymmärrän mitä korjaavalla päihdehoitotyöllä tarkoitetaan” kanssa.

Yli puolet vastaajista (58 %) oli eri mieltä (täysin tai jokseenkin eri mieltä) väittämään ”tiedän keskeisimmät päihdehoitotyötä ohjaavat lait”. Täysin samaa mieltä väittämän kanssa oli vain 6 % vastaajista. Vastaukset Kotikatkoista kysyttäessä olivat pitkälle samanlaiset, ja ne on eritelty taulukossa 2.

Taulukko 2. Tunnen Kouvolan Kotikatko-prosessin toimintaperiaatteet (%)

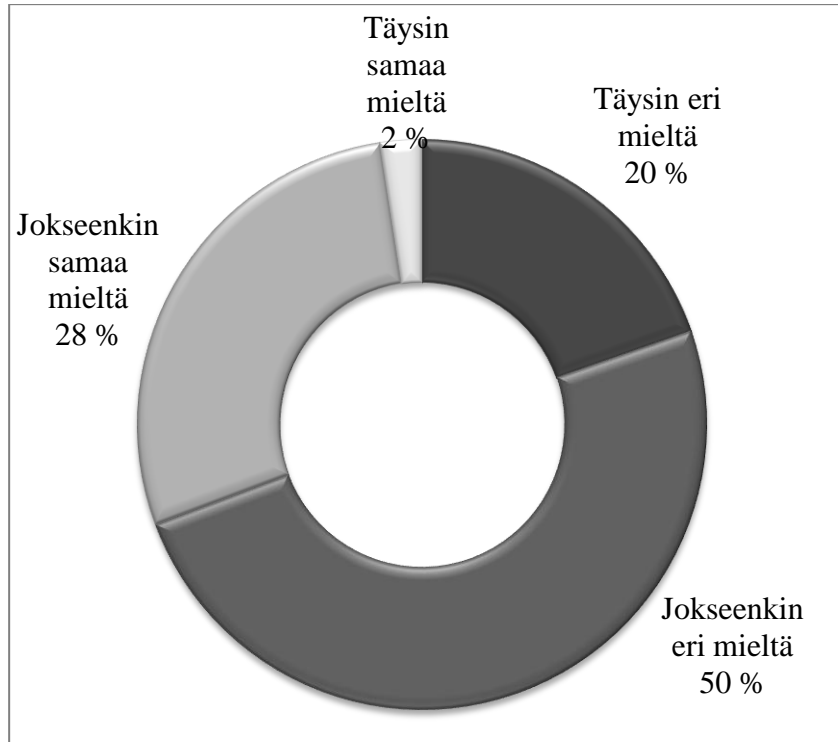
<i>Koulutus</i>	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Sairaanhoitaja/ terveydenhoitaja	5,9	41,2	41,2	11,8
Lähihoitaja/ perushoitaja	28,7	32,7	23,8	14,9
Kodinhoitaja/ kotiavustaja	44,4	44,4	11,1	0,0
<i>Työkokemus</i>				
0 - 3 vuotta	35,5	25,8	22,6	16,1
4 - 10 vuotta	26,3	36,8	13,2	23,7
yli 10 vuotta	22,4	37,9	34,5	5,2

Sairaan- ja terveydenhoitajista 47 % ei tuntenut Kouvolan Kotikatkoa lainkaan tai tuntee vain jonkin verran. Vastaava osuus lähi- ja perushoitajista oli 61 % ja kodinhoitajista ja kotiavustajista 89 %. Työkokemusvuosittain tarkasteltuna 3 vuotta tai vähemmän työskennelleistä (31 henkilöä, jotka kaikki olivat perus- tai lähihoitajia) 61 % ei tuntenut Kotikatkoa lainkaan tai vain jonkin verran. Vastaava osuus 4–10 vuotta työskennelleistä oli 63 % ja yli 10 vuoden työkokemuksen omaavista 60 %.

Kotihoitoon ja päihdehoitotyöhön liittyvien väittämien tuloksista selvisi, että vastaajat kokivat päihdehoitotyön haasteellisenä (täysin samaa mieltä 39 %, jokseenkin samaa mieltä 44 %). Kolme neljäsosaa vastaajista kuitenkin koki, että päihdehoitotyön hallitseminen kuuluu kotihoidon henkilöstön ydinosaamiseen. Suurin osa vastaajista arvioi

osaavansa ottaa päihdeasiakkaan hoidossa huomioon kotona työskentelyn erityispiirteet sekä tehdä kirjaukset asianmukaisesti.

Moniammatillisuutta ja palvelujärjestelmän tuntemusta kartoittaneista väittämistä (20 – 24) muodostettiin niitä kuvaava summamuuttuja ($r_s = 0,61-0,73$).

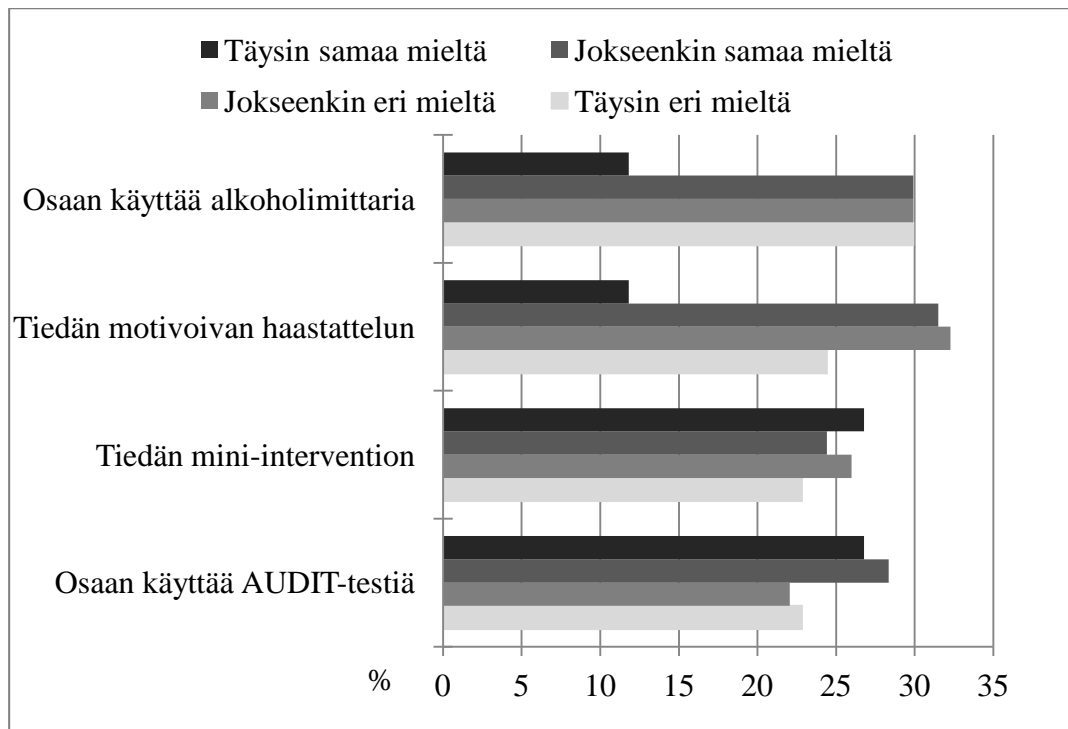


Kuva 3. Vastaajien käsitykset osaamisestaan koskien moniammatillisuutta ja palvelujärjestelmän tuntemusta (n=127).

Vastaajista vain kaksi eli vajaat pari prosenttia ilmoitti hallitsevansa palvelujärjestelmään ja moniammatillisuuteen liittyvät asiat täysin. Jokseenkin samaa mieltä osaamisestaan oli 36 vastaajaa eli hieman yli joka neljäs koko joukosta. Siten selvä enemmistö, eli noin 69 % vastaajista koki puutteita palvelujärjestelmän tuntemisessa sekä kyvystään toimia siinä.

5.3 Henkilöstön taidollinen osaaminen

Taidollista osaamista mitattiin kysymyksillä 26–44, eli niissä tiedusteltiin vastaajien käsityksiä a) päihdeongelman tunnistamisesta ja päihteenkäytön puheeksi ottamisesta, b) motivoivasta haastattelusta, c) muutosprosessin vaihemallista ja d) ammatillisesta tuesta.



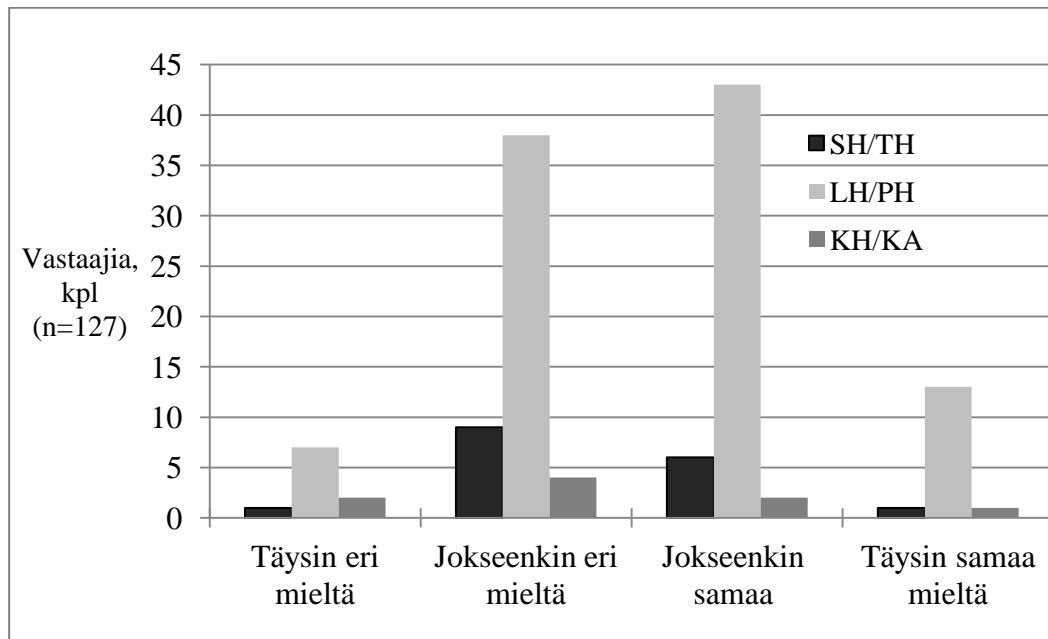
Kuva 4. Päihdehoitotyön yleisten työvälineiden tuntemus (n = 127)

Vastaajilta tiedusteltiin yleisempien päihdehoitotyössä käytettyjen työvälineiden, kuten Yli 65-vuotiaiden alkoholimittarin, motivoivan haastattelun, mini-intervention ja AUDIT-testin tuntemusta. AUDIT-testiä ilmoitti osaavansa käyttää ainakin jossain määrin tai hyvin hieman yli puolet (55 %) vastaajista ja mini-interventio oli tuttu lähes yhtä monelle (51 %). Alkoholimittaria puolestaan kertoi osaavansa käyttää hieman yli 40 % vastaajista ja motivoivan haastattelun tuntijoita oli saman verran. Päihdetyön keskeisten välineiden tuntemukseen ”täysin eri mieltä” vastanneita oli noin 22–30 % työmenetelmästä riippuen.

Motivoivan haastattelun toimintaperiaatteet olivat ainakin jossain määrin tiedossa noin 43 %:lla vastaajista, eli enemmistö ei tunne kyseistä työvälinettä lainkaan tai ainoastaan jonkin verran. Ammattiryhmien välisiä eroja motivoivan haastattelun sisällön tuntemuksessa ei ollut.

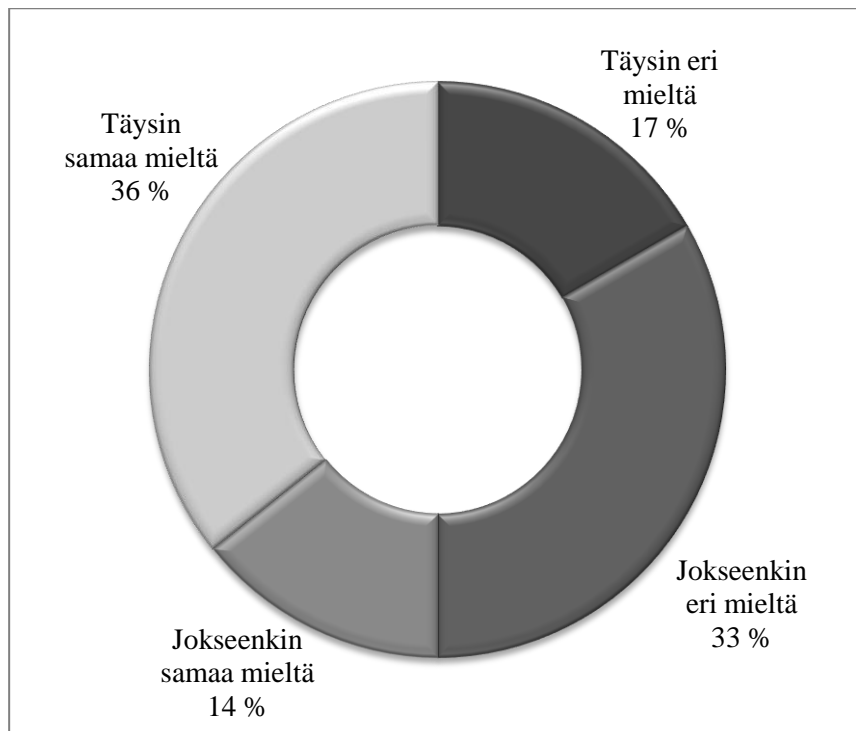
Asiakkaan alkoholinkäytön muutoksen tukemista koskeva osaaminen on esitetty kuvassa 7. Asiakaslähtöisyydeksi nimetty summamuuttuja on muodostettu kysymyksistä 38–40 ($r_s = 0,62\text{--}0,76$). Tulosteesta nähdään, että sairaan- ja terveydenhoitajat sekä kodinhoitajat ja kotiavustajat epäilivät omaa osaamistaan asiakkaan tukemisessa hieman enemmän kuin lähi- ja perushoitajat. Lähi- ja perushoitajissa enemmistö (55 %)

luotti jokseenkin tai täysin osaamiseensa liittyen asiakkaan tukemiseen tämän sitoutuksessa muutokseen ja asettaessaan tavoitteita alkoholinkäytölleen.



Kuva 5. Vastaajien (n = 127) osaaminen liittyen asiakkaan tukemiseen tämän pyrkinessä muutokseen alkoholinkäytössään

Myös työyhteisön tukea ja keskustelun avoimuutta kartoittavista kysymyksistä (kysymykset 42 ja 43) muodostettiin työyhteisöä luonnehtiva summamuuttuja ($r_s = 0,76$). Vastaajista noin kolmasosa (36 %) koki saavansa työyhteisöltä tukea työhönsä erittäin hyvin, mutta täysin päinvastaista mieltä olevia oli 17 % vastaajista. Mikäli vastauksia ajatellaan dikotomisesti akselilla ”työyhteisö tukee/työyhteisö ei tue”, vastaukset jakautuivat tasan. (Kuva 6, s. 40.)



Kuva 6. Työyhteisön tuki ja keskustelun avoimuus (n = 127).

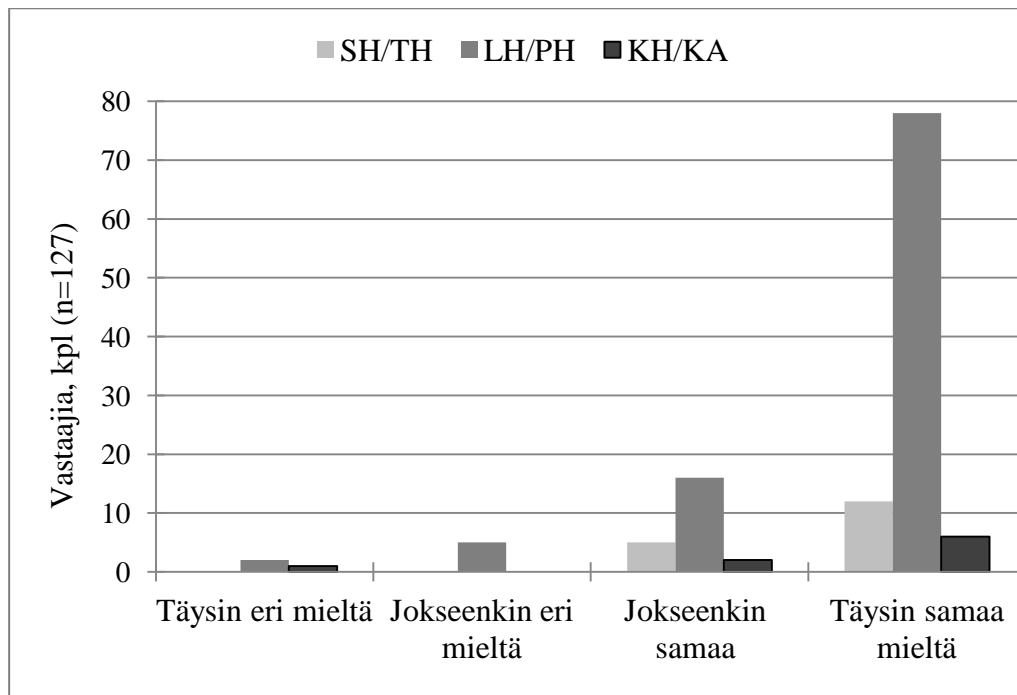
Sairaan- tai terveydenhoitajista 47 % koki tarvitsevansa työnohjausta ainakin jonkin verran. Vastaava osuus lähi-perushoitajien ryhmässä oli 62 % ja kodinhoitajissa ja kotitavustajissa 44 %. Työkokemusvuosittain tarkasteltuna 0 – 3 vuotta työskennelleistä työnohjausta kaipasi ainakin jonkin verran 81 %. Jos työkokemusvuosia oli 4 - 10 vuotta, 68 % koki tarvitsevansa työnohjausta ja yli 10 vuotta työskennelleistä 41 %. (Taulukko 3, s. 41.)

Taulukko 3. Vastaajilta (n=127) tiedusteltiin, tarvitsevatko he päihdeasioihin liittyvää työnohjausta (%)

<i>Koulutus</i>	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
	%			
Sairaanhoitaja/ terveydenhoitaja	35	18	29	18
Lähihoitaja/ perushoitaja	12	26	27	35
Kodinhoitaja/ kotiavustaja	23	33	11	33
<i>Työkokemus</i>				
0 - 3 vuotta	3	16	36	45
4 - 10 vuotta	16	16	39	29
yli 10 vuotta	23	36	12	29

5.4 Henkilöstön ammatilliset asenteet

Vastaajien ammatillisia asenteita mitattiin kysymysten 45–47 avulla. Vastaajista noin 40 % oli täysin samaa mieltä siitä, että he osaavat kohdata ikääntyneet alkoholinkäyttäjät sosiaali- ja terveysalan eettisten ohjeiden mukaisesti. Jokseenkin samaa mieltä olevia oli noin 46 %. Täysin eri mieltä olevia oli vain muutama eli kolmisen prosenttia vastaajista.



Kuva 7. Vastaukset (n=127) väittämään ”koulutus vaikuttaa myönteisesti asenteisiin ikääntyneiden alkoholinkäyttöä kohtaan”

Sairaan- ja terveydenhoitajista kaikki olivat sitä mieltä, että koulutus vaikuttaa myönteisesti asenteisiin ainakin jonkin verran. Myös selvä enemmistö muista vastaajaryhmistä oli ainakin jokseenkin samaa mieltä koulutuksen merkityksestä: lähi- ja perushoitajista 93 % sekä kodinhoitajista ja kotiavustajista yhtä lukuun ottamatta jokainen.

5.5 Yhteenveto tutkimustuloksista

Kysely lähetettiin yhteensä 330:lle kotihoidon työntekijälle, joista kahden kyselykierroksen jälkeen vastasi 38 %. Enemmistö, eli lähes 80 % vastaajista oli lähi- tai perushoitajia. Toimialueista eteläinen, keskinen ja pohjoinen olivat tasaisesti edustettuna, ja päihde- ja mielenterveystiimin vastaajia oli vajaa pari prosenttia. Vastaajat olivat yleisesti ottaen työssään melko kokeneita, sillä heistä lähes puolella oli yli 10 vuoden työkokemus.

Kaiken kaikkiaan niin koulutus kuin työkokemuskin erottelivat vastauksia varsin vähän ja vastaajien toimialueen perusteella muuttujien välille ei tullut käytännössä minäänlaisia eroja. Asenneväittämistä (Likert) lasketut keskiarvot ja ennen kaikkea ha-

jontaluvut (sd) sijoittuivat – toki poikkeuksiakin oli – melko kapealle alueelle, eli muuttujissa oli määrällistä informaatiota vähänlaisesti (ks. Vehkalahti 2008, 55).

Kotihoidon henkilöstön päihdehoitotyön tiedollista osaamista mitattiin 21 kysymyksellä. Yleisesti ottaen vastaajat arvioivat tiedollisen osaamisensa olevan hyvää. Alkoholinkäytön vaikutukset ikääntyneiden toimintakykyyn olivat vastaajilla hyvin tiedossa, kuten päihdehoitotyön terminologiakin; yli 80 % vastaajista oli samaa mieltä ikääntymistä ja alkoholinkäyttöä kartoittaviin väittämiin. Kotihoitoa ja päihdehoitotyötä koskeviin väittämiin enemmistö vastasi olevansa samaa mieltä. Tulosten mukaan ikääntyneiden asiakkaiden päihdehoitotyö koettiin haastavaksi osaksi kotihoidon henkilöstön ydinosaamista. Suurin osa vastaajista arvioi osaavansa ottaa päihdeasiakkaan hoidossa huomioon kotona työskentelyn erityispiirteet sekä tehdä kirjaukset asianmukaisesti.

Ehkäisevään ja korjaavaan päihdehoitotyöhön liittyvistä väittämistä esiin nousi vastaajien vähäinen tietämys Kouvolan Kotikatkon toimintaperiaatteista. Kotikatkon toimintaperiaatteita ei tunne lainkaan tai tuntee vain vähän noin 65 % vastaajista. Tietämys niin Kotikatkosta kuin esimerkiksi päihdehoitotyön lainsäädännöstä lisääntyy koulutuksen myötä; parhaiten Kotikatkon tunsivat sairaan- ja terveydenhoitajat. Työkokeimuksen pituudella ei sen sijaan ollut merkitystä asiaan. Moniammatillisuuteen ja palvelujärjestelmän tuntemukseen liittyvä osaaminen ei myöskään ollut vastaajien arvion mukaan heidän tiedollisesti vahvinta osaamisen aluettaan. Täysin samaa mieltä osaamisestaan oli vain parisen prosenttia vastaajista, ja jokseenkin samaa mieltä oleviakaan ei ollut ”kuin” vajaa kolmannes kaikista.

Henkilöstön taidollista osaamista mitattiin 18 kysymyksellä. Tämä koettiin tiedollisen osaamisen tavoin pääosin hyväksi osaamisen alueeksi. Enemmistö vastaajista arvioi osaavansa tunnistaa ja ottaa puheeksi asiakkaan alkoholinkäytön. Päihdehoitotyön työmenetelmien eli mini-intervention, AUDIT-testin, Yli 65-vuotiaiden alkoholimittarin ja motivoivan haastattelun tunsivat karkeasti ottaen puolet vastaajista. AUDIT-testi ja mini-interventio tunnettiin hieman paremmin kuin Yli 65-vuotiaiden alkoholimittari ja motivoiva haastattelu. Erot olivat kuitenkin hyvin pieniä. Suurin osa vastaajista koki myös osaavansa tukea asiakkaita alkoholinkäyttöön liittyvässä muutoksessa retkahuksineen.

Enemmistö vastaajista oli samaa mieltä, että he saavat työyhteisöltä ammatillista tukea asiakkaiden päihdeasioihin liittyen ja keskustelu on avointa. Vastaajien työnohjauksen tarve oli tulosten perusteella melko ilmeinen. Koulutus ei näyttäisi vaikuttavan merkittävästi koettuun työnohjauksen tarpeeseen, kun taas työkokemuksen määrällä näyttäisi olevan tähän huomattava vaikutus: yli 10 vuotta työskennelleistä työnohjausta koki tarvitsevansa noin 40 % prosenttia vastaajista, kun vastaava osuus 0 - 3 vuotta työskennelleistä oli noin 80 %.

Ammatillisia asenteita mitattiin kolmella kysymyksellä. Merkittävä enemmistö vastaajista eli yli 80 % koki osaavansa kohdata ikääntyneen päihdeongelmaisen eettisesti sekä suhtautua realistisesti alkoholinkäyttöön. Koulutuksen merkitys korostui asenteissa ikääntyneiden alkoholinkäyttöä kohtaan. Kaikista vastaajista yli 90 % näki koulutuksen vaikuttavan myönteisesti asenteisiin vähintään jonkin verran.

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelua

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa kyselytutkimuksella Kouvolan kotihoidon henkilöstön ammatillista osaamista ikääntyneiden päihdehoitotyössä. Opinnäytetyön teoriaosuus, tutkimuskysymykset ja tulokset jaettiin tiedolliseen ja taidolliseen osaamiseen sekä asenteisiin. Päihdehoitotyön minimisisällöstä johdetut aihealueet toimivat teemoina niin kyselylomakkeessa kuin tulosten tarkastelussakin.

Enemmistö kotihoidon henkilöstöstä koki tiedollisen osaamisensa olevan yleisesti ottaen hyvää. Tältä osaamisen alueelta moniammatillisuus ja palvelujärjestelmän tuntemus nousi kuitenkin yhdeksi kehittämishaasteeksi, sillä lähes kolmanneksella vastaajista oli puutteita toimia päihdehoitotyön palvelujärjestelmässä. Lappalainen-Lehdon ym. (2007) mukaan henkilöstö tarvitsee tietoa ja tukea juuri tämänkaltaisissa työympäristöissä, joissa päihdeongelma ei ole hoidon pääasiallinen syy. Koska päihdehoitotyö on vain yksi osa kotihoidossa tehtävää laaja-alaista ja kokonaisvaltaista hoito- ja huolenpitotyötä, saattoivat vastaajat tämän vuoksi kokea päihdehoitotyön palvelujärjestelmään liittyvän osaamisen heikommaksi.

Henkilöstön tietämys Kotikatosta ja siihen liittyvistä toimintaperiaatteista osoittautui toiseksi kehittämishaasteeksi tiedollisen osaamisen alueella. Jotta ikääntyneet päihdeidenkäyttäjät hyötyisivät palvelusta mahdollisimman hyvin, ja se olisi jokaisen saatavilla tasapuolisesti matalankynnyksen periaatteen mukaisesti, tulisi kaikilla työntekijöillä olla ajantasaista tietoa Kotikatkon toiminnasta. Ikääntyneillä asiakkailla alkoholinkäytön haittavaikutukset ovat voimakkaampia nuorempiin nähden fyysisen toimintakyvyn muutosten, runsaan lääkkeiden käytön, pidempikestoisten ja vaikeampien vieroitustoireiden sekä muiden syiden vuoksi (esim. Levo ym. 2008). Tämänkin vuoksi jokaisella työntekijällä tulisi olla tietoa, miten ohjata asiakasta Kotikatkon palvelun piiriin. Sosiaali- ja terveysministeriön kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman Mieli 2009 -hankkeessa on tavoitteena suunnitella ikääntyneiden päihdehoitopalveluja siten, että päihdeongelmiin puututaan ajoissa ja heille kehitetään sopivia hoitomuotoja, kuten jalkautuvia ja kotona asumista tukevia palveluja. Tämänkin vuoksi Kouvolan kotihoidon Kotikatkon toimintaan panostaminen on tärkeää.

Tulosten perusteella henkilöstön taidollinen osaaminen oli niin ikään hyvää. Taidollisen osaamisen alueelta heikommaksi osaamiseksi nousi alkoholinkäytön tunnistamisen ja puheeksi ottamisen tukena käytettävien työmenetelmien hallitseminen. Tulosten mukaan päihdehoitotyön työmenetelmien eli mini-intervention, AUDIT-testin, Yli 65-vuotiaiden alkoholimittarin ja motivoivan haastattelun tunti karkeasti ottaen puolet vastaajista.

Tuloksia voidaan verrata esimerkiksi Heikkilän (2012) tutkimukseen, jonka mukaan viidesosa ensiapupoliklinikan henkilöstöstä ei tuntenut mini-interventio -termiä lainkaan. Työmenetelmät ovat kuitenkin tärkeitä tukea antavia keinoja päihdeiden parissa työskentelyyn. Esimerkiksi Käypä hoito -suosituksen (2011) mukaan mini-intervention tulisi olla saumaton osa muuta hoitoa. Myös Nykky ym. (2010) mukaan mini-interventio on todettu tehokkaaksi menetelmäksi vaikuttaa ikääntyvien päihdeongelmiin ja tukea heitä päihdeidenkäytön vähentämisessä. Smedslundin ym. (2011) tutkimuksessa taas todettiin motivoivan haastattelun olevan tehokkaampi työmenetelmä kuin pelkkä asiakkaan päihdeongelman arviointi ja palautteen antaminen. Vaikka tämän tutkimuksen mukaan henkilöstön päihdehoitotyön perusosaaminen olikin hyvällä tasolla, saattaa syvällisempi osaamisen taso jäädä heikommaksi johtuen juuri työmenetelmien käytön hallinnan puutteista.

Taidolliseen osaamiseen liittyen henkilöstön työnohjauksen tarve oli selvä. Työnohjauksusta kokivat tarvitsevänsä etenkin uransa alussa olevat työntekijät. Työnohjauksella voitaisiin vaikuttaa edellä mainittuihin osaamisen kehittämiskohteisiin. Havion (2013) ja Mäkelä ym. (2012) mukaan työnohjauksella voidaan muun muassa parantaa päihdehoitotyössä olevia epäkohtia, kuten hoidon laatua, kielteisiä asenteita, riittämätöntä tietoa ja siitä johtuvia epärealistisia tavoitteita työssä sekä puutteita yhteistyössä. Työnohjauksella pyritään vaikuttamaan henkilökunnan asenteisiin ja ymmärrykseen työn merkityksellisyydestä sekä sopia työtehtävien ja vastuun jaosta. Myös henkilöstön jaksamista työilmapiirin avoimuutta voidaan tukea työnohjauksen keinoin. Työnohjaus voi lisätä henkilöstön keskuuteen myönteistä asennetta ottaa alkoholinkäyttö puheeksi myös asiakassuhteissa.

Kyselytutkimusten tulosten perusteella näyttäisi, että Kotihoidon henkilöstön päihdehoitotyön ammatilliset asenteet ovat hoitotyön eettisten ohjeiden mukaiset. Asenteita tarkasteltaessa voidaan todeta huomattavan enemmistön kokevan, että koulutuksella on myönteinen vaikutus asenteisiin päihdehoitotyössä. Mäkelän ym. (2012) ja Havion (2013) mukaan määrätietoisella ja kattavalla koulutuksella ja johtamisella voidaan edistää päihdeidenkäyttöön asennoitumista. Tuloksista selvisi, että suurin osa vastaajista osasi tarkastella omaa suhtautumistaan alkoholinkäyttöön. Havion (2013) mukaan tämä mahdollistaa ammatillisen avun antamisen ja työssä kehittymisen. Työntekijän tunnistaessa omien reaktioidensa lähtökohdat kykenee hän käyttämään omaa persoonallisuuttaan paremmin asiakkaidensa tukemisessa. Tämä todennäköisesti myös lisää työssä jaksamista.

Henkilöstön asenteita tarkasteltaessa ja tuloksia vertailtaessa esimerkiksi Kuussaaren (2006) tutkimukseen tulokset olivat jonkin verran erilaisia. Kuussaaren tutkimuksessa selvitettiin huumetyötä tekevien asenteita huumeidenkäyttäjiä kohtaan, kun taas tässä työssä vastaajina oli alkoholinkäyttöön liittyvien ongelmien parissa työskentelevät henkilöt. Kuussaaren tutkimuksen mukaan työntekijöiden suhtautumisessa huumeidenkäyttäjiin oli suuria eroja, ja huumeisiin, hoitokäytäntöihin ja hoitojärjestelmään liittyvissä tiedoissa oli selvästi parantamisen varaa. Tässä tutkimuksessa taas työntekijöiden kohtaaminen ja asenteet ikääntyneitä alkoholinkäyttäjiä kohtaan olivat pääosin myönteisiä. Tulokset peilaavat todennäköisesti asenteita laajemminkin yhteiskunnassamme: alkoholinkäyttöön suhtaudutaan sallivammin kuin huumeidenkäyttöön.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta mitataan reliabiliteetin ja validiteetin avulla. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tulosten toistettavuutta, jos tutkimus tehtäisiin uudelleen käyttämällä samaa mittaria. Validiteetti eli pätevyys taas tarkoittaa, miten tutkimuksen tulokset vastaavat siihen, mitä on aiottu tutkia. Toisin sanoen validiteetilla tarkoitetaan, kuinka hyvin tulokset vastaavat tutkimuskysymyksiin. (Heikkilä 2004, 29–30.) Tämän tutkimuksen luotettavuutta tarkasteltiin mittaamisen, aineiston keruun ja tulosten luotettavuuden osalta, joista keskeisin tarkastelun kohde oli käytetyn mittarin luotettavuus. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 206).

Kyselyn lopullinen vastausprosentti oli 38 %. Ajankohdallisesti kysely lähetettiin pyhien ja lomakausien jälkeen, minkä arveltiin lisäävän vastaajien määrää. Kysely lähetettiin sähköpostitse, mutta on vaikea sanoa vähensikö vai lisäsikö menettely vastausaktiivisuutta. 62 %:n vastaajakato aiheuttaa hankaluuksia tulosten tulkinnalle (Metsämuuronen 2011, 636) ja herättää kysymyksiä vastaamatta jättämisen syistä.

Vastaajien määrää saattoivat vähentää kyselylomakkeen laajuus ja rakenne. Kysymyslomake oli kenties liian raskas tai vaikeaselkoinen, jolloin siihen luultavasti vastasivat he, joilla oli eniten aikaa ja/tai tietämystä asiasta tai joita tema kiinnostaa eniten. Koska vastausvaihtoehtoa ”asia ei koske minua” tai ”en osaa vastata” ei kyselyssä tarjottu, on mahdollista, että vastaamatta jättäneiden joukossa oli jonkin verran juuri näin ajattelevia henkilöitä. Yksi mahdollinen tekijä saattaa olla työkokemuksen pituus eli vasta lyhyen aikaa kotihoidossa työskentelevät ovat kenties muita useammin jättäneet vastaamatta. On kuitenkin melko todennäköistä, että alhaista vastausprosenttia selittävät ennen kaikkea kysymyslomakkeen puutteet.

Tutkimuksen aineistonkeruu toteutettiin sähköisellä kyselylomakkeella. Vastaaminen tehtiin anonyymisti, mikä tuotiin selvästi ilmi kyselyyn liittyvässä saatekirjeessä. Tutkimuksen tulosten luotettavuutta pohdittaessa tulee ottaa huomioon vastaajien subjektiivinen kokemus omasta osaamisestaan ja asenteistaan. Erot vastaajien itsekriittisyydessä tai asioiden hallinnassa varmasti heijastuivat kyselyn tuloksiin. Webropol ei päästä kyselyssä eteenpäin, mikäli ei valitse jotakin annetuista vaihtoehdoista. Tämä saattoi vaikuttaa joihinkin vastaajiin siten, että heidän tullessa kohtaan, jossa vastausvaihtoehdon päättäminen oli vaikeaa, he kenties keskeyttivät koko kyselyn. Vastausvaihtoehdon ”en osaa sanoa” mukanaolo olisi saattanut parantaa vastausaktiivisuutta.

Vehkalahden (2008, 35- 36) mielestä "en osaa sanoa" -vaihtoehdon voi tarjota omana kohtanaan asteikon ulkopuolella, mikä luonnollisesti tulee muistaa analyysivaiheessa.

Tutkimuskysymyksiin olisi luultavasti saatu vastaukset pienemmälläkin kysymyspatteristolla. Kysymysten määrää ja sisältöä olisi pitänyt tarkastella kriittisemmin. Kun kysymyksiä on paljon, vastaajat saattavat väsyä ja kyselylomakkeen täyttäminen jätetään kesken. Kysymykset olivat myös samantyyppisiä eli ne olivat niin sanottuja positiivisia asennevääntämiä. Osan kysymyksistä olisikin voinut esittää ”toisin päin” ts. negatiivisina asennevääntäminä. Kysymyksissä oli myös sellaisia, joihin ammattilaisen voi olla vaikea vastata muutoin kuin "samaa mieltä". Jos väittämä on muotoa ”kartoitin asiakkaan alkoholinkäyttöä avoimesti ja kunnioittavasti”, on vaikea ajatella kenenkään päihdehoitotyötä tekevän vastaavan ”täysin eri mieltä”.

Tutkimuksessa käytettiin 4-portaista Likert-asteikkoa. Käytettäessä 3- tai 4-portaista asteikkoa käy usein niin, että vastausten hajonta jää pieneksi (Metsämuuronen 2011, 11). Kyselyn vastauksista olikin havaittavissa hakeutuminen niin sanotulle keskikais-talle, ja kuten Vehkalahti (2008, 36) toteaa: "jos kynä on lomakkeessa alkanut piirtää pystyviivaa kolmosen kohdalle, on syynä liian pitkä lomake tai liian vaikeat kysymykset". Vastausvaihtoehto ”en osaa sanoa”/”minulla ei ole kokemusta asiasta” tai muu vastaava vaihtoehto olisi näin ollen kannattanut sisällyttää kysymyksiin. Metsämuurosen (2011, 111–112) mukaan muuttujien välisen varianssin pienuus vaikuttaa myös tutkimuksen reliabiliteettiin eli mittauksen toistettavuuteen liittyvä luotettavuus jäi matalaksi teknisten syiden takia. Kaiken kaikkiaan terävämmällä kysymyksenasette-lulla olisi todennäköisesti saatu tuloksiin selvempiä eroja.

Kyselylomakkeesta tehtiin muuttujataulukko, joka osaltaan edisti tutkimuksen luotet-tavuutta. Muuttujataulukosta ilmeni sivunumeroin tehdyt viittaukset teoriaosuuden tutkittuun tietoon. Luotettavuutta lisäsi myös esikyselyn tekeminen, jolloin testattavil-la oli mahdollisimman samankaltaista osaamista varsinaiseen kyselyyn vastanneiden kanssa. Esikyselyyn vastasi neljä henkilöä, mutta heiltä saatu palaute oli hyvin vähäis-tä eikä juurikaan kritiikkiä antavaa. Tämän vuoksi varsinaiseen kyselylomakkeeseen ei tehty muutoksia. Kyselylomakkeen muotoilussa esikyselyä olisi kuitenkin voitu hyödyntää tehokkaammin esimerkiksi testaamalla lomake suuremmalla joukolla ja käyttämällä testaamiseen enemmän aikaa. Monipuolisemman palautteen avulla lo-

makkeen epäkohdat ja tulkinnanvaraisuudet olisivat mahdollisesti tulleet selvemmin esiin.

Kaiken kaikkiaan tutkielmassa pyrittiin noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä, joka tarkoittaa tutkimuksen toteuttamista eettisesti hyväksyttävästi sekä mahdollisimman luotettavasti ja uskottavasti. Tekijät pyrkivät toimimaan rehellisesti ja huolellisesti raportoidessaan tuloksia. Käytetyt tiedonhankinta- tutkimus- ja arviointimenetelmät olivat eettisesti hyväksytyjä ja aiempia tutkimuksia käytettäessä huomioitiin kunnioitettava ilmaisutapa. Tutkielmassa käytettyjen lähteiden valinnassa huomioitiin niiden tekijä, ikä, objektiivisuus ja julkaisija. (Hirsjärvi ym. 2009, 109–110). Käytetyt lähteet olivat mahdollisimman tuoreita, ja lähdemerkinnöissä ja viittauksissa pyrittiin noudattamaan tieteenalan käytäntöjä mahdollisimman tarkasti. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen 2002, 3-4.)

Opinnäytetyö valmistui suurelta osin suunnitellussa aikataulussa. Kyselylomakkeen muuttaminen sähköiseen muotoon vei aikaa arvioitua enemmän, joten esikyselyn ja varsinaisen kyselyn avautuminen viivästyi hieman suunnitellusta aikataulusta. Tulosten analysoinnille ja pohdinnalle jäi tämän vuoksi aikaa vähemmän, mikä aiheutti paineita tutkimuksen ajallaan valmistumisesta. Opinnäytetyön tekijöiden aikataulujen yhteensovittaminen aiheutti haasteita erityisesti tulosten analysoinnin aikana. Useammat ohjauskerrat olisivat olleet tarpeellisia, mikä oli käytännössä mahdoton järjestää tekijöiden työn ja opintojen yhteensovittamisen vuoksi.

Kvantitatiivisen opinnäytetyön työstäminen oli opettavainen ja mielenkiintoinen prosessi. Opinnäytetyön laajuus huomioiden tekijät ovat tyytyväisiä lopputulokseen. Kokemattomuus tuli esiin tulosten tarkastelussa ja analysoinnissa, jolloin suuresta materiaalin määrästä oli haastavaa nostaa oleellinen ja tutkimuskysymysten kannalta tärkein tieto esiin. Tekijät saivat kuitenkin mielestään kokonaisvaltaiset vastaukset tutkimuskysymyksiin päihdehoitotyön minimisällöstä johdettujen aihealuiden mukaisesti.

6.3 Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotuksia

Tämän kyselytutkimuksen tulokset antavat suuntaa, minkälaisiin kokonaisuuksiin Kouvolan kotihoidon koulutuksen suunnittelussa voitaisiin kiinnittää huomiota:

- Tiedollisen osaamisen alueelta moniammatillisuuteen ja palvelujärjestelmän tuntemiseen liittyvä aihealue nousi yhdeksi mahdolliseksi henkilöstön osaamisen kehittämiskohteeksi, koska lähes kolmanneksella vastaajista oli puutteita toimia päihdehoitotyön palvelujärjestelmässä.
- Henkilöstön tietämys Kotikatkon toimintaperiaatteista oli selvästi heikompaa osaamisen aluetta. Jotta ikääntyneet päihdeidenkäyttäjät hyötyisivät palvelusta mahdollisimman hyvin, ja se olisi jokaisen saatavilla tasapuolisesti matalankynnyksen periaatteen mukaisesti, tulisi kaikilla työntekijöillä olla ajantasaista tietoa Kotikatkon toiminnasta.
- Taidollisen osaamisen alueelta kehittämisen kohteena voisi olla alkoholinkäytön tunnistamisen ja puheeksi ottamisen tukena käytettävien työmenetelmien hallitseminen. Tulosten mukaan vastaajista karkeasti ottaen puolet koki osaamisessaan puutteita. Huomiota voisi kohdistaa erityisesti Yli 65-vuotiaiden alkoholimittarin käytön lisäämiseen, koska tämän mittarin avulla henkilöstö saisi tukea toimintaansa nimenomaan ikääntyneiden päihdehoitotyön kentällä työskennellessään.
- Vastausten perusteella henkilöstön työnohjauksen tarve oli selkeä päihdeasioiden kanssa työskenneltäessä. Työnohjausta kokivat tarvitsevansa etenkin uransa alussa olevat työntekijät.
- Henkilöstön asenteita tarkasteltaessa voidaan todeta huomattavan enemmistön olevan koulutusmyönteistä.

Tämän kyselytutkimuksen jatkotutkimusaiheena voisi olla kotihoidon uuden mielen-terveys- ja päihdetiimin työntekijöiden kokemusten kartoittaminen tekemästään päihdehoitotyöstä. Tutkimus voitaisiin toteuttaa esimerkiksi kvalitatiivisella tavalla työntekijöitä haastatteleamalla, jolloin aiheesta saataisiin yksityiskohtaisempaa tietoa. Mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe voisi olla myös Kotikatkon asiakkaiden kokemusten selvittäminen toteutuneesta katkaisuhoidosta.

LÄHTEET

Aalto, M. Holopainen, A. 2008. Ikääntyneiden alkoholin suurkulutuksen tunnistaminen ja hoito. Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim 13/2008. Saatavissa: http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo97348&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=haku&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_hakusana=ik%C3%A4%C3%A4ntyminen+alkoholi [viitattu 4.3.2013].

Aalto, M. 2007. Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö – kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. Duodecim 2007; 123: 1293-8. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96517.pdf> [viitattu 14.1.2014].

A-klinikkasäätiö. Itä-Suomen palvelualue. Kotikatkoprosessi. Moniste.

Aira, M. 2007. Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet. Teoksessa: Alanko, A & Haarni, I. (toim.) Ikääntyminen ja alkoholi, s. 37 – 42.

Alanko, A. Haarni, I. & Viljanen, M. 2007. Ikääntyminen ja alkoholinkäyttö. Teoksessa: Alanko, A & Haarni, I. (toim.) Ikääntyminen ja alkoholi, s. 7 – 9.

Alkoholijuomien kulutus 2012. Terveyden ja Hyvinvoinnin laitoksen internetsivut. Saatavissa:

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/paihteet_ja_riippuvuudet/alkoholi/alkoholijuomien_kulutus [viitattu 21.8.2013].

Ehkäisevän päihdetyön laatuksiteerit. 2006. Työryhmämuistio 25.1.2006. Stakesin työpapereita 3/2006. Helsinki: Stakes. Terveyden ja Hyvinvoinnin laitoksen internetsivut. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/fa9b7892-47ce-4c68-a419-640443b9c2a8> [viitattu 21.10.2013].

Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. (toim.). 2013. Päihdehoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Heikkilä, A. 2012. Alkoholin yhteys ensiavussa todettuihin tapaturmiin ja hoitohenkilökunnan asenteet ja osaaminen päihtyneen potilaan kohtaamisessa. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.

Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 3. painos Helsinki: Tammi.

Holmberg, J. 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Helsinki: Evita.

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. 2002. Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). Saatavissa:

http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/htkfi.pdf [viitattu 29.4.2014].

Ikonen, E.-R. 2013. Kehittyvä kotihoito. Porvoo: Bookwell Oy.

Immonen, S. 2012. Perspectives on alcohol consumption in older adults. Väitöskirja. Faculty of Medicine University of Helsinki.

Jyrkämä, J. 2007. Ikääntymisen ja alkoholinkäytön muuttuvat näkymät. Teoksessa: Alanko, A & Haarni, I. (toim.) Ikääntyminen ja alkoholi, s. 13 – 19.

Kan, S. & Pohjola, L. 2012. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Karlsson, T., Kotovirta, E., Tigerstedt, C. & Warpenius, K. 2013. Alkoholi Suomessa. Kulutus, haitat ja politiikkatoimet. Tampere: Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy.

Kouvolan päihdestrategia 2009 – 2012. Kouvolan kaupungin internetsivut. Saatavissa: <http://www.kouvola.fi/material/attachments/intranet/perusturva/suunnitelmatjaraportit/5nvMbYmpy/Paihdestrategia2009-2012.pdf> [viitattu 6.5.2013].

Kuussaari, K. 2006. Näkemysten kirjo, sirpaloitunut tieto: terveydenhuollon, sosiaali-toimen ja nuorisotoimen työntekijöiden käsityksiä huumeidenkäyttäjien hoitopalvelu-järjestelmästä. Väitöskirja, Turun yliopisto.

KvantiMOTV. Menetelmäopetuksen tietovaranto. Mittaaminen: Mittarin luotettavuus. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus> [viitattu 16.4.2014].

KvantiMOTV. 2010. Kyselylomakkeen laatiminen. Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html> [viitattu 16.4.2014].

Käypä hoito -suositus. 2011. Alkoholiongelman hoito. Käypä hoito -internetsivut. Päivitetty 7.2.2011. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50028?hakusan a=alkoholi> [viitattu 16.10.2013].

Laapio, M. 2007. Kotihoidon ja alkoholia käyttävien ikääntyvien asiakkaiden kohtaamisia. Teoksessa: Alanko, A & Haarni, I. (toim.) Ikääntyminen ja alkoholi, s. 47 – 56.

Lappalainen-Lehto, R., Romu, R.-L. & Taskinen, M. 2007. Haasteena päihteet – Ammatillisen päihdetyön perusteita. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Levo, T., Viljanen, M., Heino, T., Koivula R. & Aira, M. 2008. Ikääntyvän ääntä kuunnellen – taustamateriaalia ikääntymiseen ja alkoholiin. Helsinki: Vammalan Kirjapaino Oy.

Melin, I. 2010. Tilastolliset menetelmät. Noppa portaali -internetsivut. Päivitetty 23.10.2013. Saatavissa: https://noppa.aalto.fi/noppa/kurssi/mat-1.2600/luennot/Mat-1_2600_aineistojen_keraaminen_ja_mittaaminen.pdf [viitattu 16.4.2014].

Metsämuuronen, J. 2011. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Helsinki: Methelp.

Morrow, D., Cullen, J. P., Liu, W. Cahill, P. A. & Redmond, E. M. 2010. Alcohol Inhibits Smooth Muscle Cell Proliferation via Regulation of the Notch Signaling Pathway. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, 30(12), 2597 - 2603. Saatavissa: <http://atvb.ahajournals.org/content/30/12/2597.full?keytype=ref&ijkey=ZXzPEMefojETMe1> [viitattu 20.10.2013].

Mäkelä, P. & Härkönen, J. 2010. Miten juominen muuttuu iän myötä? Teoksessa: Mäkelä, P., Mustonen, H. & Tigerstedt, C. (toim.) Suomi juo. Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008. Helsinki: terveyden ja hyvinvoinnin Laitos.

Mäkelä, P., Mustonen, H. & Huhtanen, P. 2009. Suomalaisten alkoholinkäyttötapojen muutokset 2000-luvun alussa. Yhteiskuntapolitiikka 74 (2009):3. Saatavissa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/101276/m%25C3%25A4kel%25C3%25A4piaym.pdf?sequence=1> [viitattu 21.8.2013].

Mäkelä, P., Seppä, K. & Havio, M. 2012. Lyhytneuvontaa on syytä lisätä terveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti 14-15/2012, s. 1166–1167.

Nykky, T., Heino, T., Myllymäki, E. & Rinne, T. Kehittämiskeskus Tyynelä. 2010. Ikääntyminen ja päihteet - Ammatillisia kohtaamisia arjessa. Helsinki: Painopaikka Oy Nord Print Ab.

Opetusministeriö. 2007. Päihdeongelmien ehkäisyn ja hoidon koulutuksen kehittämissuoryhmi. Opetusministeriön suoryhmiämuistioita ja selvityksiä 2007:17. Helsinki: Opetusministeriö.

Paunonen, M & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Päihdelinkki. 2011a. Katkaisu- ja vieroitushoidon tarve. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/alkoholineuvonnan-opas/vieroitusoireet-katkaisu-ja-vieroitushoidon-tarve> [viitattu 4.1.2014].

Päihdelinkki. 2011b. Motivoiva haastattelu. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/alkoholineuvonnan-opas/motivoiva-haastattelu> [viitattu 10.1.2014].

Raittiustyölaki 19.11.1982/828. --- Raittiustyölaissa (828/1982) mainitaan...

Smedslund, G., Berg, R.C., Hammerström, K.T., Steiro, A., Leiknes, K.A., Dahl, H.M. & Karlsen, K. 2011. Motivational interviewing for substance (review).

Stakes. 2006. Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit. Stakesin työpapereita 3/2006. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/fa9b7892-47ce-4c68-a419-640443b9c2a8> [viitattu 6.1.2014].

STM. 2006. Otetaan selvää! Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2006:6. Sosiaali- ja terveysministeriön internetsivut. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7206.pdf [viitattu 3.1.2014].

STM. 2009a. Päihdetyön lainsäädäntö. Saatavissa: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/paihdetyo [viitattu 2.1.2014].

STM. 2009b. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015 Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. 2009:3. Sosiaali- ja terveysministeriön internetsivut. Saatavissa: <http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf> [viitattu 10.5.2013].

STM. 2013. Kotihoito tukee kotona selviytymistä. Sosiaali- ja terveysministeriön internetsivut. Päivitetty 21.11.2013. Saatavissa: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut [viitattu 17.2.2014].

Sulander, T. 2007. Ikääntyneiden alkoholinkäyttö tilastojen valossa. Teoksessa: Alan-ko, A & Haarni, I. (toim.) Ikääntyminen ja alkoholi, s. 25 – 30.

Taittonen, M. 2011. Pähnteitä käyttävän ihmisen kohtaaminen kotihoidossa. Pro Gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. THL.

Katkaisuhuolto. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/katkaisuhuolto [viitattu 6.5.2013].

THL. 2014a. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/mielijapaihde [viitattu 15.1.2014].

THL. 2014b. RAI-vertailukehittäminen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen internet-sivut. Saatavissa:

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/rai_vertailukehittaminen. [viitattu 17.2.2014].

THL. Työvälineitä yli 65-vuotiaiden alkoholin käytön arviointiin ja varhaiseen tukeen. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/22ff06b5-3b66-43be-9082-e52103be4046> [viitattu 28.12.2013].

THL. Yli 65-vuotiaiden alkoholimittari - Alkoholin käytön arvioinnin ja ohjaamisen työväline ammattihenkilöille. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8c20d06e-9e1c-43dc-baf9-d4ab8aade0b5> [viitattu 30.12.2013].

Tiuraniemi, J. 2005. Vuorovaikutusilmiöt työnohjauksessa. Aikuiskasvatus-lehti 2/2005.

Valtioneuvosto. 2012. Vanhuspalvelulalla turvataan laadukkaita palveluita iäkkäille koko maassa. Saatavissa: <http://valtioneuvosto.fi/ajankohtaista/tiedotteet/tiedote/fi.jsp?oid=374338>. [viitattu 6.1.2014].

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi

Vilkkä, H. 2007. Tutki ja mittaa – Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Virsta – Virtual statistics. 2014. Helsinki: Tilastokeskus. Saatavissa: <https://www.stat.fi/virsta/tkeruu/03/06/index.html> [viitattu 13.4.2014].

Voutilainen, P. & Tiikkainen, P (toim.). 2010. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.

Warpenius, K., Holmila, M. & Tigerstedt, C. 2013. Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. Tampere: Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy.

Öfverström-Anttila, H & Alho, L. 2011. Ikääntyneiden alkoholinkäytön puheeksiotto ja lyhytneuvonta – Hyviä työvälineitä ja arjen käytäntöjä terveydenhuollon ja sosiaa-

lialan

ammattilaisille.

Saatavissa:

http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/8f0cbc004a1577498c7decb546fc4d01/VanhusAudit_www_linkit2.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=8f0cbc004a1577498c7decb546fc4d01 [viitattu 6.1.2014].

Päihdehoitotyön koulutuksen minimisisältö

<ul style="list-style-type: none"> Ammatilliset tiedot
Perustiedot <ul style="list-style-type: none"> yleisimmät päihteet käyttötavat ja -tasot iän, sukupuolen ja perhetilanteen huomioon ottaminen riskit, haitat ja haittojen vähentämisen keinot päihderiippuvuuden moniulotteisuus ja toipumisen piirteet toisiaan tukevien toimenpiteiden merkitys päihdetyössä ja päihdepolitiikassa
Tilanteen arvioinnin merkitys
Perustiedot päihdetyön moniammatillisesta palveluverkostosta, hoitomuodoista ja kuntoutuksesta
Oman koulutusammatin suhde koko päihdetyön järjestelmään
Vertaistuen ja työnohjauksen merkitys päihdetyössä
<ul style="list-style-type: none"> Ammatilliset taidot
Taito kohdata päihteidenkäyttäjää ja hänen läheisensä oman ammattiroolinsa puitteissa <ul style="list-style-type: none"> tilanteen määrittely päihteidenkäytön puheeksi ottaminen päihteiden käytön riskien arviointi tarvittaviin palveluihin ohjaaminen konfliktitilanteiden hallinta
Ehkäisevää ja korjaavaa päihdetyötä koskevat kriteerit ja laatusuositukset ja niiden soveltaminen omaan työhön
Näyttöön perustuvien päihdetyön hoitosuositusten soveltaminen omaan työhön
Päihteiden ongelmakäyttöön puuttuminen omassa opiskelu- tai työyhteisössä
<ul style="list-style-type: none"> Ammatilliset asenteet
Päihteidenkäytön ilmiöt omassa kulttuurissa ja elinympäristössä
Päihteiden haitallista käyttöä ehkäisevät ja ylläpitävät tekijät omassa toimintaympäristössä ja omassa kulttuurissa
Omien asenteiden pohtiminen
Ihmisarvokysymykset ja eettiset kysymykset päihdetyössä

SAATEKIRJE

Hyvä Kouvolan kotihoidon työntekijä,

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Kymenlaakson ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä, jonka aiheena on Ammatillinen osaaminen ikääntyneiden päihdehoitotyössä. Toteutamme opinnäytetyömme kyselytutkimuksena, ja keräämme aineiston koko Kouvolan kotihoidon henkilökunnalta lukuun ottamatta kotihoidon ohjaajia. Tarkastelemme ikääntyneiden päihdehoitotyöhön liittyvää ammatillista osaamista tiedollisen ja taidollisen osaamisen sekä asenteiden näkökulmista.

Ikääntyneiden keskuudessa alkoholihaitat lisääntyvät, joten palveluiden tarve kasvaa ja kotihoidon työhön tulee uusia haasteita. Opinnäytetyömme tarkoituksena on saada teiltä tietoa, jonka avulla kotihoidon päihdehoitotyön osaamista voidaan jatkossa kehittää ja tämän myötä suunnitella tarpeita vastaavaa koulutusta. Kaikkien teidän vastaukset ovat meille hyvin tärkeitä, jotta tutkimustulokset olisivat mahdollisimman luotettavia.

Kyselylomakkeeseen vastaamiseen menee aikaa noin 10 - 15 minuuttia. Kyselytutkimuksen tuloksia käytetään ainoastaan tähän tutkimukseen, johon tämä saatekirje liittyy. Vastausten käsittely on luottamuksellista ja tuloksista ei voida päätellä vastaajan henkilöllisyyttä.

Opinnäytetyömme arvioitu valmistumisaika on toukokuussa 2014. Tämän jälkeen opinnäytetyöhön ja sen tuloksiin voi tutustua osoitteessa theseus.fi. nimellä Ammatillinen osaaminen ikääntyneiden päihdehoitotyössä: kyselytutkimus Kouvolan kotihoidon henkilöstölle. Vastausaikaa on kaksi viikkoa 5.3.2014 - 18.3.2014 klo 24.00 saakka. Vastaamme mielellämme kyselyyn tai opinnäytetyöhömmme liittyviin kysymyksiin.

Ystävällisin terveisin,

Sari Hietala

Sari.M.Hietala@student.kyamk.fi

Marianne Lintukangas

Marianne.Lintukangas@student.kyamk.fi

Yliopettaja Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen

Eeva-Liisa.Frilander@kyamk.fi

Muuttujataulukko

TIEDOLLINEN OSAAMINEN		
Ikääntyminen ja alkoholinkäyttö		
	Teoriaosan sivu	Kysymysnumero
Vaikutukset fyysiseen toimintakykyyn	10	4
Riskit sairauksien synnyssä ja hoidossa	10	5
Alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutusten riskit	10, 11	6
Vaikutukset psyykkiseen toimintakykyyn	11	7
Muutokset sosiaalisiin suhteisiin ja sosiaaliseen toimintakykyyn	12,	8
Työskentely lähiverkoston kanssa	12	9
Yksilöllinen ja kokonaisvaltainen arviointi	9	10
Alkoholinkäyttöä koskevat suositusrajat	9	11
Alkoholinkäytön yksilölliset riskit	9	12
Ehkäisevä ja korjaava päihdehoitotyö		
	Teoriaosan sivu	Kysymysnumero
Päihdehoitotyötä ohjaavat lait	13	13
Ehkäisevä päihdehoitotyö	13	14

Korjaava päihdehoitotyö	15, 16	15
Kouvolan Kotikatko -prosessin toimintaperiaatteet	16	16
Kotihoidossa tapahtuva päihdehoitotyö		
	Teoriaosan sivu	Kysymysnumero
Asiakkaiden alkoholinkäyttö lisää työn haastavuutta	16	17
Päihdehoitotyön hallitseminen henkilöstön ydinosaamista	8, 17	18
Kotona työskentelyn erityispiirteet	17, 18	19
Kirjaaminen	18	20
Moniammatillisuus ja palvelujärjestelmän tuntemus		
	Teoriaosan sivu	Kysymysnumero
Kouvolan päihdehoitotyön palvelujärjestelmä	19	21
Oma rooli palvelujärjestelmässä	19	22
Toiminta moniammatillisessa työympäristössä	19	23
Erityispalvelutahon konsultointi	19	24
Asiakkaiden neuvonta ja ohjaus	19	25

TAIDOLLINEN OSAAMINEN		
Päihdeongelman tunnistaminen ja päihteidenkäytön puheeksi ottaminen		
	Teoriaosan sivu	Kysymysnumero
Valmius tunnistaa haitallinen käyttö	20, 21	26
Merkit alkoholin suurkulutuksesta	21	27
Valmiudet puheeksi ottoon	8, 20, 21	28
Varhainen puuttuminen	20	29
Mini-interventio	22	30
Mini-intervention käyttö	22	31
AUDIT -kyselytestin käyttö	21	32
Yli 65 -vuotiaiden alkoholimittarin käyttö	21	33
Muut työmenetelmät keskustelun tukena	22	34
Motivoiva haastattelu		
	Teoriaosan sivu	Kysymysnumero
Asiakkaan tukeminen, kuuntelu ja keskustelu	22, 23	35
Avoimuus ja kunnioitus alkoholin-käytön kartoituksessa	22, 23	36
Asiakkaan motivointi	22, 23	37

Muutosprosessin vaihemalli: esiharkintavaihe, harkintavaihe, päätösvaihe, toimintavaihe, ylläpitovaihe ja mahdolliset retkahdukset		
	Teoriaosan sivu	Kysymysnumero
Asiakkaan vahvistaminen muutoksessa	24, 25, 26	38
Asiakkaan tukeminen tavoitteissa	24, 25, 26	39
Tukeminen retkahduselle altistavien tekijöiden tunnistamisessa ja ennakoinnissa	26	40
Retkahduksen ymmärtäminen oppimistilanteena	26	41
Ammatillisen tuen merkitys		
	Teoriaosan sivu	Kysymysnumero
Tarvittava tieto ja tuki	26, 27	42
Työyhteisön avoin keskustelu	27	43
Työnohjauksen tarve	27	44
AMMATILLISET ASEENTEET		
Ammatilliset asenteet ikääntyvien päihdehoitotyössä		
	Teoriaosan sivu	Kysymysnumero
Asiakkaan kohtaaminen eettisten ohjeiden mukaisesti	27, 28	45
Oma suhtautuminen alkoholinkäyttöön	28, 29	46
Koulutuksen vaikutus asenteisiin	29	47

Tutkimustaulukko

Tutkimus	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto	Tutkimustulokset
Alcohol Inhibits Smooth Muscle Cell Proliferation via Regulation of the Notch Signaling Pathway. Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology. Morrow, D. Cullen, J.P. Liu, W. Cahill, P.A. & Redmond, E.M. 2010.	Tarkoitus oli selvittää, estääkö alkoholi verisuonten seinämien sileän lihaskudoksen solujen kasvua Notch-reseptorien viestinkulun välityksellä.	Solunäytteet koehenkilöiden sepelvaltimosta ja koe-eläinten (hiiret) kaulavaltimoista (koeryhmät ja verrokiryhmät).	Tuloksen perusteella tutkijat esittävät, että kohtuullisella alkoholinkäytöllä voi olla sydän- ja verisuonitaudeilta suojaava vaikutus.
Alkoholin yhteys ensiavussa todettuihin tapaturmiin ja hoitohenkilökunnan asenteet ja osaaminen päihtyneen potilaan kohtaamisessa. Pro gradu -tutkielma, Itä-Suomen yliopisto. Heikkilä, A. 2012.	Tarkoituksena oli selvittää, kuinka suuri osa ensiavussa hoitoon hakeutuneista tapaturmapotilaista oli alkoholin vaikutuksen alaisena. Tarkoituksena oli myös kuvata hoitohenkilökunnan päihdehoitotyön osaamista ja asenteita.	Tutkimusaineistona oli 153 tapaturmapotilaan potilasdokumenttia ja ensiapupoliklinikan hoitohenkilökunnalle osoitettu kyselylomake (n=80).	Tapaturmapotilaista kolmasosa oli alkoholin vaikutuksen alaisena. Lähes viidennes vastaajista ei tuntenut mini-interventio termiä. Sairaanhoitajista hieman yli kolmasosa tunsu mini-intervention sisällön huonosti tai ei lainkaan.
Lyhytneuvontaa on syytä lisätä terveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti. Mäkelä, P., Seppä, K. & Havio, M. 2012.	Tavoitteena oli selvittää, miten asiakkaat suhtautuvat alkoholin käytön puheeksi ottamiseen terveydenhuollon käyntien yhteydessä.	Aineistona oli THL:n juomatapatutkimukseen vastanneet (n=2725)	Yli 80 % vastaajista piti kysymistä alkoholikäytöstä hyvänä asiana. Neuvontaa tai muita ohjeita muisti saaneensa 37 % heistä, joilta oli kysytty alkoholinkäytöstä.

Tutkimus	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto	Tutkimustulokset
Motivational interviewing for substance (review). British Journal of General Practice. Smedslund, G., Berg, R.C., Hammerström, K.T., Steiro, A., Leiknes, K.A., Dahl, H.M. & Karlsen, K. 2011.	Tavoitteena oli selvittää motivoivan haastattelun tehokkuutta päihderiippuvuuden hoidossa.	Kirjallisuuskatsaus, aineistona 59 (kpl) vuosina 1993-2010 julkaistua tutkimusta.	Motivoivan haastattelun todettiin olevan tehokkaampi kuin pelkkä asiakkaan päihdeongelman arviointi ja palautteen antaminen. Motivoivan haastattelun hyödyistä yli vuoden kestäväälle päihdeettömyydelle ei kuitenkaan löydetty näyttöä.
Näkemyksen kirjo, sirpaloitunut tieto: terveydenhuollon, sosiaalitoimen ja nuorisotoimen työntekijöiden käsityksiä huumeiden käyttäjien hoitopalvelujärjestelmästä. Väitöskirja, Turun yliopisto. Kuussaari, K. 2006.	Tutkimuksessa selvitettiin huumeidenkäyttäjien asenteita huumeidenkäyttäjien kohtaan, heidän huumausainetietouttaan ja käsityksiä hoitopalvelujärjestelmästä.	Tutkimusaineisto muodostui 1) lomakekyselystä, johon vastasi 1175 terveydenhuollon, sosiaalitoimen ja nuorisotoimen työntekijää Helsingissä, Kuopiossa, Nokiassa ja Helsingissä ja 2) kuntien päihde- ja huume-strategiat	Työntekijöiden suhtautumisessa huumeidenkäyttäjien on suuria eroja, ja huumeisiin, hoitokäytäntöihin ja hoitojärjestelmään liittyvissä tiedoissa on selvästi parantamisen varaa.
Perspectives on alcohol consumption in older adults. Väitöskirja, Faculty of Medicine University of Helsinki. Immonen, S. 2012.	Tässä tutkimuksessa käsitellään ikääntyneiden alkoholin käytön yleisyyttä ja siihen liittyviä tekijöitä, ikääntyneiden itsensä ilmoittamia käytön syitä, alkoholin käyttöä lääkkeenä ja mahdollista lääkkeiden ja alkoholin haitallisen	Tutkimusaineisto kerättiin lomakekyselyllä, johon osallistui 1395 ≥ 65 espoolaista.	Vastaajista 62 % kertoi käyttävänsä alkoholia. Yleisimpiä syitä alkoholinkäytölle olivat "hauskanpito ja juhlinta" sekä muut sosiaaliset tilanteet. Alkoholia lääkkeenä kertoi käyttävänsä 17 % vastanneista, muun muassa sydän- ja verisuonitauteihin ja unihäiriöihin. Alkoholin käyttö potentiaalisia yhteis-

Tutkimus	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto	Tutkimustulokset
	yhteiskäytön esiintymistä.		vaikutuksia aiheuttavien lääkkeiden kanssa oli yleistä.
Päihteitä käyttävän ihmisen kohtaaminen kotihoidossa. Pro gradu -tutkielma, Tampereen yliopisto. Taittonen, M. 2011.	Tutkimuksessa tarkastellaan miten kotihoidon työntekijät tulkitsevat omaa rooliaan kohdatessaan runsaasti alkoholia käyttävän asiakkaan.	Aineisto koostui 22:n kotihoidon työntekijän haastattelusta (3 ryhmähaastattelua)	Työntekijät kokevat, että he ovat päihteitä käyttävän ikäihmisen viimesijaisin apu, mutta heillä ei ole keinoja auttaa asiakkaita.

Kyselylomake

Taustatiedot

1. Koulutus

sairaalan- tai terveydenhoitaja, lähi- tai perushoitaja, kodinhoitaja tai kotiaavustaja, muu kuin sosiaali- ja terveydenhuoltoalan koulutus

2. Työkokemus

0-3 vuotta, 4-10 vuotta, yli 10 vuotta

3. Toimipaikka

Pohjoinen kotihoito, Keskinen kotihoito, Eteläinen kotihoito

Vastaa seuraaviin kysymyksiin valitsemalla mielestäsi sopivin vaihtoehto.

1 = Täysin eri mieltä 2 = joksikin eri mieltä 3 = joksikin samaa mieltä 4 = täysin samaa mieltä

Ikääntyminen ja alkoholinkäyttö

4. Ymmärrän alkoholinkäytön vaikutukset ikääntyneen fyysiseen toimintakykyyn.
5. Tiedän ikääntyneen alkoholinkäytön riskit eri sairauksien synnyssä ja hoidossa.
6. Tunnen alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutusten riskit ikääntyneellä.
7. Tiedän, millaisia vaikutuksia alkoholin suurkulutuksella on ikääntyneen psyykkiseen toimintakykyyn.
8. Tiedän, millaisia muutoksia alkoholin suurkulutus voi tuoda ikääntyneen sosiaalisiin suhteisiin ja sosiaaliseen toimintakykyyn.
9. Osaan työskennellä asiakkaan lähiverkoston kanssa alkoholinkäyttöön liittyvissä ongelmissa.
10. Osaan arvioida asiakkaan alkoholin käyttöä yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti suhteessa hänen terveydentilaansa ja elämäntilanteeseensa.
11. Tiedän ikääntyvien alkoholinkäyttöä koskevat suositusrajat.
12. Raja-arvojen ylittyessä osaan pohtia asiakkaan kanssa alkoholinkäytön aiheuttamia yksilöllisiä riskejä.

Ehkäisevä ja korjaava päihdehoitotyö

13. Tiedän keskeisimmät päihdehoitotyötä ohjaavat lait.
14. Ymmärrän, mitä ehkäisevällä päihdehoitotyöllä tarkoitetaan.
15. Ymmärrän, mitä korjaavalla päihdehoitotyöllä tarkoitetaan.
16. Tunnen Kouvolan Kotikatko-prosessin toimintaperiaatteet.

Kotihoidossa tapahtuva päihdehoitotyö

17. Koen ikääntyvien asiakkaiden alkoholinkäytön tekevän työstäni haastavaa.
18. Päihdehoitotyön hallitseminen kuuluu kotihoidon henkilöstön ydinosaamiseen.
19. Osaan huomioida kotona työskentelyn erityispiirteet päihdeasiakkaan hoidossa.
20. Osaan kirjata asiakkaan alkoholinkäytön asianmukaisesti käytössä oleviin järjestelmiin. (Lisää tekstiin!)

Moniammatillisuus ja palvelujärjestelmän tuntemus

21. Tunnen Kouvolan päihdehoitotyön palvelujärjestelmän kokonaisuuden.
22. Hahmotan oman roolini päihdehoitotyön palvelujärjestelmän kokonaisuudessa.
23. Osaan toimia moniammatillisessa päihdehoitotyön työympäristössä.
24. Tiedän erityispalvelutahon, jota voin konsultoida ikääntyvien alkoholinkäyttöön liittyvissä kysymyksissä.
25. Osaan neuvoa ja ohjeistaa asiakkaita asianmukaisesti päihdepalveluiden käyttämisessä.

Päihdeongelman tunnistaminen ja päihteidenkäytön puheeksi ottaminen

26. Minulla on valmiudet tunnistaa ikääntyvän asiakkaan alkoholin haitallinen käyttö.
27. Tiedän, minkälaiset muutokset asiakkaan persoonallisuudessa tai käyttäytymisessä voivat olla merkkejä alkoholin suurkulutuksesta.
28. Minulla on valmiudet ottaa alkoholinkäyttö puheeksi asiakkaan kanssa.
29. Osaan puuttua asiakkaan alkoholin haitalliseen käyttöön mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.
30. Tiedän, mitä mini-interventio tarkoittaa.
31. Osaan käyttää mini-interventiota asiakastyössä luontevasti.
32. Osaan käyttää AUDIT-kyselytestiä ikääntyvien alkoholin riskikulutuksen tunnistamisessa.

- 33. Osaan käyttää Yli 65-vuotiaiden alkoholimittaria ikääntyvien kanssa työskennellessäni.
- 34. Tiedän, mitä muita työmenetelmiä voin käyttää alkoholiin liittyvän keskustelun tukena.

Motivoiva haastattelu

- 35. Osaan tukea asiakasta alkoholinkäyttöön liittyvissä ongelmissa kuuntelemalla ja rakentavasti keskustelemalla.
- 36. Kartoitan asiakkaan alkoholinkäyttöä avoimesti ja kunnioittavasti.
- 37. Osaan motivoida asiakasta pohtimaan ja tarkastelemaan omaa alkoholinkäyttöään.

Muutosprosessin vaihemalli: esiharkintavaihe, harkintavaihe, päätös vaihe, toimintavaihe, ylläpitovaihe ja mahdolliset retkahdukset

- 38. Osaan vahvistaa asiakkaan sitoutumista alkoholinkäyttöä koskevassa muutoksessa.
- 39. Osaan tukea asiakasta tavoitteiden asettamisessa alkoholinkäyttöön liittyen.
- 40. Osaan tukea asiakasta tunnistamaan ja ennakoimaan retkahdukselle altistavia tekijöitä.
- 41. Ymmärrän retkahduksen olevan asiakkaalle oppimistilanne epäonnistumisen sijaan.

Ammatillisen tuen merkitys

- 42. Saan tarvittaessa tietoa ja tukea työskennellessäni alkoholia haitallisesti käyttävän asiakkaan parissa.
- 43. Työyhteisössä keskustellaan avoimesti yhteisistä käytännöistä päihdehoitotyöhön liittyen.
- 44. Tarvitsen päihdeasioihin liittyvää työnohjausta.

Ammatilliset asenteet ikääntyvien päihdehoitotyössä

- 45. Osaan kohdata ikääntyneet alkoholinkäyttäjät sosiaali- ja terveysalan eettisten ohjeiden mukaisesti.
- 46. Osaan tarkastella realistisesti omaa suhtautumistani alkoholinkäyttöön liittyen.
- 47. Koulutus vaikuttaa myönteisesti asenteisiin ikääntyneiden alkoholinkäyttöä kohtaan.

Aineiston frekvenssi- ja prosenttijakaumat

1. Koulutus

Koulutus

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SH/TH	17	13,4	13,4	13,4
	LH/PH	101	79,5	79,5	92,9
	KH/KA	9	7,1	7,1	100,0
	Total	127	100,0	100,0	

2. Työkokemus

Työkokemus

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-3 vuotta	31	24,4	24,4	24,4
	4-10 vuotta	38	29,9	29,9	54,3
	yli 10 vuotta	58	45,7	45,7	100,0
	Total	127	100,0	100,0	

3. Toimipaikka

Toimipaikka

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pohjoinen	43	33,9	33,9	33,9

Keskinen	51	40,2	40,2	74,0
Eteläinen	31	24,4	24,4	98,4
Päihde- ja mielenterveys	2	1,6	1,6	100,0
Total	127	100,0	100,0	

4. Ymmärrän alkoholinkäytön vaikutukset ikääntyneen fyysiseen toimintakykyyn.

Fyysinen toimintakyky

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Täysin eri mieltä	3	2,4	2,4	2,4
Jokseenkin samaa mieltä	42	33,1	33,1	35,4
Täysin samaa mieltä	82	64,6	64,6	100,0
Total	127	100,0	100,0	

5. Tiedän, millaisia vaikutuksia alkoholin suurkulutuksella on ikääntyneen psyykkiseen toimintakykyyn.

Psyykkinen toimintakyky

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Täysin eri mieltä	3	2,4	2,4	2,4
Jokseenkin eri mieltä	5	3,9	3,9	6,3
Jokseenkin samaa mieltä	41	32,3	32,3	38,6
Täysin samaa mieltä	78	61,4	61,4	100,0
Total	127	100,0	100,0	

6. Tiedän, millaisia muutoksia alkoholin suurkulutus voi tuoda ikääntyneen sosiaalisiin suhteisiin ja sosiaaliseen toimintakykyyn.

Sosiaalinen toimintakyky

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Täysin eri mieltä	3	2,4	2,4	2,4
Jokseenkin eri mieltä	2	1,6	1,6	3,9
Jokseenkin samaa mieltä	35	27,6	27,6	31,5
Täysin samaa mieltä	87	68,5	68,5	100,0
Total	127	100,0	100,0	

7. Osaan työskennellä asiakkaan lähiverkoston kanssa alkoholinkäyttöön liittyvissä ongelmissa.

Työ lähiverkoston kanssa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Täysin eri mieltä	4	3,1	3,1	3,1
Jokseenkin eri mieltä	30	23,6	23,6	26,8
Jokseenkin samaa mieltä	63	49,6	49,6	76,4
Täysin samaa mieltä	30	23,6	23,6	100,0
Total	127	100,0	100,0	

8. Tiedän ikääntyneen alkoholinkäytön riskit eri sairauksien synnyssä ja hoidossa.

Alkoholin riskit ja sairaudet

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent

Valid	Täysin eri mieltä	2	1,6	1,6	1,6
	Jokseenkin eri mieltä	19	15,0	15,0	16,5
	Jokseenkin samaa mieltä	61	48,0	48,0	64,6
	Täysin samaa mieltä	45	35,4	35,4	100,0
	Total	127	100,0	100,0	

9. Tunnen alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutusten riskit ikääntyneellä.

Yhteisvaikutusten riskit

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Täysin eri mieltä	2	1,6	1,6
	Jokseenkin eri mieltä	15	11,8	13,4
	Jokseenkin samaa mieltä	60	47,2	60,6
	Täysin samaa mieltä	50	39,4	100,0
	Total	127	100,0	

10. Osaan arvioida asiakkaan alkoholin käyttöä yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti suhteessa hänen terveydentilaansa ja elämäntilanteeseensa.

Alkoholi suhteessa terveyteen

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Täysin eri mieltä	1	,8	,8
	Jokseenkin eri mieltä	28	22,0	22,8
	Jokseenkin samaa mieltä	73	57,5	80,3
	Täysin samaa mieltä	25	19,7	100,0

Alkoholi suhteessa terveyteen

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Täysin eri mieltä	1	,8	,8	,8
	Jokseenkin eri mieltä	28	22,0	22,0	22,8
	Jokseenkin samaa mieltä	73	57,5	57,5	80,3
	Täysin samaa mieltä	25	19,7	19,7	100,0
	Total	127	100,0	100,0	

11. Tiedän ikääntyvien alkoholinkäyttöä koskevat suositusrajat.**Käytön suositusrajat**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Täysin eri mieltä	8	6,3	6,3	6,3
	Jokseenkin eri mieltä	28	22,0	22,0	28,3
	Jokseenkin samaa mieltä	59	46,5	46,5	74,8
	Täysin samaa mieltä	32	25,2	25,2	100,0
	Total	127	100,0	100,0	

12. Tiedän keskeisimmät päihdehoitotyötä ohjaavat lait.**Ohjaavat lait**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Täysin eri mieltä	18	14,2	14,2	14,2
	Jokseenkin eri mieltä	55	43,3	43,3	57,5

Jokseenkin samaa mieltä	46	36,2	36,2	93,7
Täysin samaa mieltä	8	6,3	6,3	100,0
Total	127	100,0	100,0	

13. Ymmärrän, mitä ehkäisevällä päihdehoitotyöllä tarkoitetaan.

Ehkäisevä päihdehoitotyö

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Täysin eri mieltä	2	1,6	1,6	1,6
Jokseenkin eri mieltä	19	15,0	15,0	16,5
Jokseenkin samaa mieltä	67	52,8	52,8	69,3
Täysin samaa mieltä	39	30,7	30,7	100,0
Total	127	100,0	100,0	

14. Ymmärrän, mitä korjaavalla päihdehoitotyöllä tarkoitetaan.

Korjaava päihdehoitotyö

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Täysin eri mieltä	8	6,3	6,3	6,3
Jokseenkin eri mieltä	40	31,5	31,5	37,8
Jokseenkin samaa mieltä	58	45,7	45,7	83,5
Täysin samaa mieltä	21	16,5	16,5	100,0
Total	127	100,0	100,0	

15. Tunnen Kouvola Kotikatko-prosessin toimintaperiaatteet.

Tunnen Kotikatkon

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Täysin eri mieltä	34	26,8	26,8	26,8
Jokseenkin eri mieltä	44	34,6	34,6	61,4
Jokseenkin samaa mieltä	32	25,2	25,2	86,6
Täysin samaa mieltä	17	13,4	13,4	100,0
Total	127	100,0	100,0	

16. Koen ikääntyvien asiakkaiden alkoholinkäytön tekävän työstäni haastavaa**Koen työn haastavaksi**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Täysin eri mieltä	3	2,4	2,4	2,4
Jokseenkin eri mieltä	18	14,2	14,2	16,5
Jokseenkin samaa mieltä	56	44,1	44,1	60,6
Täysin samaa mieltä	50	39,4	39,4	100,0
Total	127	100,0	100,0	

17. Päihdehoitotyön hallitseminen kuuluu kotihoidon henkilöstön ydinosaamiseen.**Kuuluu ydinosaamiseen**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Täysin eri mieltä	5	3,9	3,9	3,9
Jokseenkin eri mieltä	29	22,8	22,8	26,8

Jokseenkin samaa mieltä	53	41,7	41,7	68,5
Täysin samaa mieltä	40	31,5	31,5	100,0
Total	127	100,0	100,0	

18. Osaan huomioida kotona työskentelyn erityispiirteet päihdeasiakkaan hoidossa.

Kotihoidon erityispiirteet

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Täysin eri mieltä	1	,8	,8	,8
Jokseenkin eri mieltä	23	18,1	18,1	18,9
Jokseenkin samaa mieltä	74	58,3	58,3	77,2
Täysin samaa mieltä	29	22,8	22,8	100,0
Total	127	100,0	100,0	

19. Osaan kirjata asiakkaan alkoholinkäytön asianmukaisesti käytössä oleviin järjestelmiin

Järjestelmiin kirjaus

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Täysin eri mieltä	8	6,3	6,3	6,3
Jokseenkin eri mieltä	22	17,3	17,3	23,6
Jokseenkin samaa mieltä	57	44,9	44,9	68,5
Täysin samaa mieltä	40	31,5	31,5	100,0
Total	127	100,0	100,0	

20. Tunnen Kouvolan päihdehoitotyön palvelujärjestelmän kokonaisuuden.

Palvelujärjestelmä kokonaisuutena

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Täysin eri mieltä	27	21,3	21,3	21,3
Jokseenkin eri mieltä	55	43,3	43,3	64,6
Jokseenkin samaa mieltä	35	27,6	27,6	92,1
Täysin samaa mieltä	10	7,9	7,9	100,0
Total	127	100,0	100,0	

21. Hahmotan oman roolini päihdehoitotyön palvelujärjestelmän kokonaisuudessa.**Rooli palvelujärjestelmässä**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Täysin eri mieltä	10	7,9	7,9	7,9
Jokseenkin eri mieltä	49	38,6	38,6	46,5
Jokseenkin samaa mieltä	48	37,8	37,8	84,3
Täysin samaa mieltä	20	15,7	15,7	100,0
Total	127	100,0	100,0	

22. Osaan toimia moniammatillisessa päihdehoitotyön työympäristössä.**Moniammatillisuus**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Täysin eri mieltä	9	7,1	7,1	7,1
Jokseenkin eri mieltä	43	33,9	33,9	40,9

Jokseenkin samaa mieltä	57	44,9	44,9	85,8
Täysin samaa mieltä	18	14,2	14,2	100,0
Total	127	100,0	100,0	

23. Tiedän erityispalvelutahon, jota voin konsultoida ikääntyvien alkoholinkäyttöön liittyvissä kysymyksissä.

Erityispalvelujen tuntemus

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Täysin eri mieltä	23	18,1	18,1	18,1
Jokseenkin eri mieltä	44	34,6	34,6	52,8
Jokseenkin samaa mieltä	41	32,3	32,3	85,0
Täysin samaa mieltä	19	15,0	15,0	100,0
Total	127	100,0	100,0	

24. Osaan neuvoa ja ohjeistaa asiakkaita asianmukaisesti päihdepalveluiden käyttämisessä

Asiakkaiden neuvonta ja ohjaus

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Täysin eri mieltä	14	11,0	11,0	11,0
Jokseenkin eri mieltä	47	37,0	37,0	48,0
Jokseenkin samaa mieltä	47	37,0	37,0	85,0
Täysin samaa mieltä	19	15,0	15,0	100,0
Total	127	100,0	100,0	

25. Minulla on valmiudet tunnistaa ikääntyvän asiakkaan alkoholin haitallinen käyttö.

Haitallinen käyttö

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Täysin eri mieltä	2	1,6	1,6	1,6
Jokseenkin eri mieltä	13	10,2	10,2	11,8
Jokseenkin samaa mieltä	66	52,0	52,0	63,8
Täysin samaa mieltä	46	36,2	36,2	100,0
Total	127	100,0	100,0	

26. Tiedän, minkälaiset muutokset asiakkaan persoonallisuudessa tai käyttäytymisessä voivat olla merkkejä alkoholin suurkulutuksesta.

Muutokset asiakkaassa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Täysin eri mieltä	2	1,6	1,6	1,6
Jokseenkin eri mieltä	5	3,9	3,9	5,5
Jokseenkin samaa mieltä	73	57,5	57,5	63,0
Täysin samaa mieltä	47	37,0	37,0	100,0
Total	127	100,0	100,0	

27. Minulla on valmiudet ottaa alkoholinkäyttö puheeksi asiakkaan kanssa.

Puheeksi ottaminen

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	-----------	---------	---------------	--------------------

Valid	Täysin eri mieltä	1	,8	,8	,8
	Jokseenkin eri mieltä	24	18,9	18,9	19,7
	Jokseenkin samaa mieltä	57	44,9	44,9	64,6
	Täysin samaa mieltä	45	35,4	35,4	100,0
	Total	127	100,0	100,0	

28. Osaan puuttua asiakkaan alkoholin haitalliseen käyttöön mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

Varhainen puuttuminen

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Täysin eri mieltä	2	1,6	1,6
	Jokseenkin eri mieltä	48	37,8	39,4
	Jokseenkin samaa mieltä	54	42,5	81,9
	Täysin samaa mieltä	23	18,1	100,0
	Total	127	100,0	

29. Tiedän, mitä mini-interventio tarkoittaa.

Mini-intervention sisältö

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Täysin eri mieltä	29	22,8	22,8
	Jokseenkin eri mieltä	33	26,0	48,8
	Jokseenkin samaa mieltä	31	24,4	73,2
	Täysin samaa mieltä	34	26,8	100,0

Mini-intervention sisältö

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Täysin eri mieltä	29	22,8	22,8	22,8
Jokseenkin eri mieltä	33	26,0	26,0	48,8
Jokseenkin samaa mieltä	31	24,4	24,4	73,2
Täysin samaa mieltä	34	26,8	26,8	100,0
Total	127	100,0	100,0	

30. Osaan käyttää mini-interventiota asiakastyössä luontevasti.**Mini-intervention käyttö**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Täysin eri mieltä	35	27,6	27,6	27,6
Jokseenkin eri mieltä	52	40,9	40,9	68,5
Jokseenkin samaa mieltä	27	21,3	21,3	89,8
Täysin samaa mieltä	13	10,2	10,2	100,0
Total	127	100,0	100,0	

31. Osaan käyttää AUDIT-kyselytestiä ikääntyvien alkoholin riskikulutuksen tunnistamisessa.**AUDIT-kyselyn käyttö**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Täysin eri mieltä	29	22,8	22,8	22,8
Jokseenkin eri mieltä	28	22,0	22,0	44,9

Jokseenkin samaa mieltä	36	28,3	28,3	73,2
Täysin samaa mieltä	34	26,8	26,8	100,0
Total	127	100,0	100,0	

32. Osaan käyttää Yli 65-vuotiaiden alkoholimittaria ikääntyvien kanssa työskennellessäni.

Alkoholimittarin käyttö

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Täysin eri mieltä	38	29,9	29,9	29,9
Jokseenkin eri mieltä	38	29,9	29,9	59,8
Jokseenkin samaa mieltä	36	28,3	28,3	88,2
Täysin samaa mieltä	15	11,8	11,8	100,0
Total	127	100,0	100,0	

33. Tiedän, mitä muita työmenetelmiä voin käyttää alkoholiin liittyvän keskustelun tukena.

Työmenetelmät keskustelussa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Täysin eri mieltä	32	25,2	25,2	25,2
Jokseenkin eri mieltä	58	45,7	45,7	70,9
Jokseenkin samaa mieltä	27	21,3	21,3	92,1
Täysin samaa mieltä	10	7,9	7,9	100,0
Total	127	100,0	100,0	

34. Tiedän motivoivan haastattelun toimintaperiaatteet.

Toimintaperiaatteet

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Täysin eri mieltä	31	24,4	24,4	24,4
	Jokseenkin eri mieltä	41	32,3	32,3	56,7
	Jokseenkin samaa mieltä	40	31,5	31,5	88,2
	Täysin samaa mieltä	15	11,8	11,8	100,0
	Total	127	100,0	100,0	

35. Osaan tukea asiakasta alkoholinkäyttöön liittyvissä ongelmissa kuuntelemalla ja rakentavasti keskustelemalla.

Rakentava keskustelu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Täysin eri mieltä	5	3,9	3,9	3,9
	Jokseenkin eri mieltä	21	16,5	16,5	20,5
	Jokseenkin samaa mieltä	67	52,8	52,8	73,2
	Täysin samaa mieltä	34	26,8	26,8	100,0
	Total	127	100,0	100,0	

36. Kartoitan asiakkaan alkoholinkäyttöä avoimesti ja kunnioittavasti.

Avoimuus ja kunnioitus

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Täysin eri mieltä	5	3,9	3,9	3,9
	Jokseenkin eri mieltä	16	12,6	12,6	16,5

Jokseenkin samaa mieltä	67	52,8	52,8	69,3
Täysin samaa mieltä	39	30,7	30,7	100,0
Total	127	100,0	100,0	

37. Osaan motivoida asiakasta pohtimaan ja tarkastelemaan omaa alkoholinkäyttöään.

Motivointi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Täysin eri mieltä	6	4,7	4,7	4,7
Jokseenkin eri mieltä	23	18,1	18,1	22,8
Jokseenkin samaa mieltä	65	51,2	51,2	74,0
Täysin samaa mieltä	33	26,0	26,0	100,0
Total	127	100,0	100,0	

38. Osaan vahvistaa asiakkaan sitoutumista alkoholinkäyttöä koskevassa muutoksessa.

Muutoksen vahvistaminen

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Täysin eri mieltä	9	7,1	7,1	7,1
Jokseenkin eri mieltä	40	31,5	31,5	38,6
Jokseenkin samaa mieltä	58	45,7	45,7	84,3
Täysin samaa mieltä	20	15,7	15,7	100,0
Total	127	100,0	100,0	

39. Osaan tukea asiakasta tavoitteiden asettamisessa alkoholinkäyttöön liittyen.**Tavoitteiden asettaminen**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Täysin eri mieltä	9	7,1	7,1	7,1
Jokseenkin eri mieltä	28	22,0	22,0	29,1
Jokseenkin samaa mieltä	66	52,0	52,0	81,1
Täysin samaa mieltä	24	18,9	18,9	100,0
Total	127	100,0	100,0	

40. Osaan tukea asiakasta tunnistamaan ja ennakoimaan retkahdukselle altistavia tekijöitä.**Retkahduksen tunnistaminen**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Täysin eri mieltä	6	4,7	4,7	4,7
Jokseenkin eri mieltä	34	26,8	26,8	31,5
Jokseenkin samaa mieltä	62	48,8	48,8	80,3
Täysin samaa mieltä	25	19,7	19,7	100,0
Total	127	100,0	100,0	

41. Ymmärrän retkahduksen olevan asiakkaalle oppimistilanne epäonnistumisen sijaan.**Retkahduksen ymmärtäminen**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Täysin eri mieltä	6	4,7	4,7	4,7

Jokseenkin eri mieltä	23	18,1	18,1	22,8
Jokseenkin samaa mieltä	59	46,5	46,5	69,3
Täysin samaa mieltä	39	30,7	30,7	100,0
Total	127	100,0	100,0	

42. Saan tarvittaessa työyhteisön tukea työskennellessäni alkoholia haitallisesti käyttävän asiakkaan parissa.

Työyhteisön tuki

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Täysin eri mieltä	3	2,4	2,4	2,4
Jokseenkin eri mieltä	19	15,0	15,0	17,3
Jokseenkin samaa mieltä	46	36,2	36,2	53,5
Täysin samaa mieltä	59	46,5	46,5	100,0
Total	127	100,0	100,0	

43. Työyhteisössä keskustellaan avoimesti yhteisistä käytännöistä päihdehoitotyöhön liittyen.

Avoin keskustelu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Täysin eri mieltä	2	1,6	1,6	1,6
Jokseenkin eri mieltä	28	22,0	22,0	23,6
Jokseenkin samaa mieltä	48	37,8	37,8	61,4
Täysin samaa mieltä	49	38,6	38,6	100,0
Total	127	100,0	100,0	

44. Tarvitsen päihdeasioihin liittyvää työnohjausta.**Työnohjauksen tarve**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Täysin eri mieltä	20	15,7	15,7	15,7
Jokseenkin eri mieltä	32	25,2	25,2	40,9
Jokseenkin samaa mieltä	33	26,0	26,0	66,9
Täysin samaa mieltä	42	33,1	33,1	100,0
Total	127	100,0	100,0	

45. Osaan kohdata ikääntyneet alkoholinkäyttäjät sosiaali- ja terveysalan eettisten ohjeiden mukaisesti.**Eettiset ohjeet**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Täysin eri mieltä	4	3,1	3,1	3,1
Jokseenkin eri mieltä	15	11,8	11,8	15,0
Jokseenkin samaa mieltä	58	45,7	45,7	60,6
Täysin samaa mieltä	50	39,4	39,4	100,0
Total	127	100,0	100,0	

46. Osaan tarkastella realistisesti omaa suhtautumistani alkoholinkäyttöön liittyen.**Oma suhtautuminen**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	-----------	---------	---------------	--------------------

Valid	Täysin eri mieltä	2	1,6	1,6	1,6
	Jokseenkin eri mieltä	8	6,3	6,3	7,9
	Jokseenkin samaa mieltä	48	37,8	37,8	45,7
	Täysin samaa mieltä	69	54,3	54,3	100,0
	Total	127	100,0	100,0	

47. Koulutus vaikuttaa myönteisesti asenteisiin ikääntyneiden alkoholinkäyttöä kohtaan

Koulutuksen vaikutus asenteisiin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Täysin eri mieltä	3	2,4	2,4	2,4
	Jokseenkin eri mieltä	5	3,9	3,9	6,3
	Jokseenkin samaa mieltä	23	18,1	18,1	24,4
	Täysin samaa mieltä	96	75,6	75,6	100,0
	Total	127	100,0	100,0	

Aineistosta lasketut keskeisimmät tunnusluvut

4. Ymmärrän alkoholinkäytön vaikutukset ikääntyneen fyysiseen toimintakykyyn.
5. Tiedän, millaisia vaikutuksia alkoholin suurkulutuksella on ikääntyneen psyykkiseen toimintakykyyn.
6. Tiedän, millaisia muutoksia alkoholin suurkulutus voi tuoda ikääntyneen sosiaalisiin suhteisiin ja sosiaaliseen toimintakykyyn.
7. Osaan työskennellä asiakkaan lähiverkoston kanssa alkoholinkäyttöön liittyvissä ongelmissa.
8. Tiedän ikääntyneen alkoholinkäytön riskit eri sairauksien synnyssä ja hoidossa.
9. Tunnen alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutusten riskit ikääntyneellä.
10. Osaan arvioida asiakkaan alkoholin käyttöä yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti suhteessa hänen terveydentilaansa ja elämäntilanteeseensa.
11. Tiedän ikääntyvien alkoholinkäyttöä koskevat suositusrajat.

Statistics

	Fyysinen toimintakyky	Psyykinen toimintakyky	Sosiaalinen toimintakyky	Työ lähiverkoston kanssa	Alkoholin riskit ja sairaudet	Yhteisvaikutusten riskit	Alkoholi suhteessa terveyteen	Käytön suositusrajat
N Valid	127	127	127	127	127	127	127	127
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean	3,60	3,53	3,62	2,94	3,17	3,24	2,96	2,91
Mode	4	4	4	3	3	3	3	3
Std. Deviation	,621	,688	,642	,774	,736	,721	,671	,849
Range	3	3	3	3	3	3	3	3
Minimum	1	1	1	1	1	1	1	1
Maximum	4	4	4	4	4	4	4	4

12. Tiedän keskeisimmät päihdehoitotyötä ohjaavat lait.
13. Ymmärrän, mitä ehkäisevällä päihdehoitotyöllä tarkoitetaan.
14. Ymmärrän, mitä korjaavalla päihdehoitotyöllä tarkoitetaan.
15. Tunnen Kouvolan Kotikatko-prosessin toimintaperiaatteet.

Statistics

		Ohjaavat lait	Ehkäisevä päihdehoitotyö	Korjaava päihdehoitotyö	Tunnen Kotikatkon
N	Valid	127	127	127	127
	Missing	0	0	0	0
Mean		2,35	3,13	2,72	2,25
Mode		2	3	3	2
Std. Deviation		,801	,713	,813	1,000
Range		3	3	3	3
Minimum		1	1	1	1
Maximum		4	4	4	4

16. Koen ikääntyvien asiakkaiden alkoholinkäytön tekevän työstäni haastavaa.

17. Päihdehoitotyön hallitseminen kuuluu kotihoidon henkilöstön ydinosaamiseen.

18. Osaan huomioida kotona työskentelyn erityispiirteet päihdeasiakkaan hoidossa.

19. Osaan kirjata asiakkaan alkoholinkäytön asianmukaisesti käytössä oleviin järjestelmiin.

Statistics

		Koen työn haastavaksi	Kuuluu ydinosaamiseen	Kotihoidon erityispiirteet	Järjestelmiin kirjaus
N	Valid	127	127	127	127
	Missing	0	0	0	0
Mean		3,20	3,01	3,03	3,02
Mode		3	3	3	3
Std. Deviation		,770	,840	,666	,864
Range		3	3	3	3
Minimum		1	1	1	1
Maximum		4	4	4	4

20. Tunnen Kouvolan päihdehoitotyön palvelujärjestelmän kokonaisuuden.

21. Hahmotan oman roolini päihdehoitotyön palvelujärjestelmän kokonaisuudessa.

22. Osaan toimia moniammatillisessa päihdehoitotyön työympäristössä.

23. Tiedän erityispalvelutahon, jota voin konsultoida ikääntyvien alkoholinkäyttöön liittyvissä kysymyksissä.

24. Osaan neuvoa ja ohjeistaa asiakkaita asianmukaisesti päihdepalveluiden käyttämisessä.

Statistics

		Palvelujärjestelmä kokonaisuutena	Rooli palvelujärjestelmässä	Moniammatillisuus	Erytispuvelujen tuntemus	Asiakkaiden neuvonta ja ohjaus
N	Valid	127	127	127	127	127

Missing	0	0	0	0	0
Mean	2,22	2,61	2,66	2,44	2,56
Mode	2	2	3	2	2 ^a
Std. Deviation	,872	,846	,809	,957	,879
Range	3	3	3	3	3
Minimum	1	1	1	1	1
Maximum	4	4	4	4	4

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

25. Minulla on valmiudet tunnistaa ikääntyvän asiakkaan alkoholin haitallinen käyttö.

26. Tiedän, minkälaiset muutokset asiakkaan persoonallisuudessa tai käyttäytymisessä voivat olla merkkejä alkoholin suurkulutuksesta.

27. Minulla on valmiudet ottaa alkoholinkäyttö puheeksi asiakkaan kanssa.

28. Osaan puuttua asiakkaan alkoholin haitalliseen käyttöön mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

29. Tiedän, mitä mini-interventio tarkoittaa.

30. Osaan käyttää mini-interventiota asiakastyössä luontevasti.

31. Osaan käyttää AUDIT-kyselytestiä ikääntyvien alkoholin riskikulutuksen tunnistamisessa.

32. Osaan käyttää Yli 65-vuotiaiden alkoholimittaria ikääntyvien kanssa työskennellessäni.

33. Tiedän, mitä muita työmenetelmiä voin käyttää alkoholiin liittyvän keskustelun tukena.

Statistics

	Haitalli- nen käyt- tö	Muutok- set asi- akkaassa	Puheeksi ottami- nen	Varhai- nen puut- tuminen	Mini- interven- tion sisäl- tö	Mini- interven- tion käyt- tö	AUDIT- kyselyn käyttö	Alkoholi- mittarin käyttö	Työme- netelmät keskuste- lussa
N Valid	127	127	127	127	127	127	127	127	127
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean	3,23	3,30	3,15	2,77	2,55	2,14	2,59	2,22	2,12
Mode	3	3	3	3	4	2	3	1 ^a	2
Std. Deviation	,692	,621	,746	,758	1,118	,940	1,115	1,007	,878
Range	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Minimum	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Maximum	4	4	4	4	4	4	4	4	4

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

34. Tiedän motivoivan haastattelun toimintaperiaatteet.

35. Osaan tukea asiakasta alkoholinkäyttöön liittyvissä ongelmissa kuuntelemalla ja rakentavasti keskustelemalla.

36. Kartoitan asiakkaan alkoholinkäyttöä avoimesti ja kunnioittavasti.

37. Osaan motivoida asiakasta pohtimaan ja tarkastelemaan omaa alkoholinkäyttöään.

Statistics

	Toimintaperiaatteet	Rakentava keskustelu	Avoimuus ja kunnioitus	Motivointi
N Valid	127	127	127	127
Missing	0	0	0	0
Mean	2,31	3,02	3,10	2,98
Mode	2	3	3	3
Std. Deviation	,972	,771	,765	,797
Range	3	3	3	3
Minimum	1	1	1	1
Maximum	4	4	4	4

38. Osaan vahvistaa asiakkaan sitoutumista alkoholinkäyttöä koskevassa muutoksessa.

39. Osaan tukea asiakasta tavoitteiden asettamisessa alkoholinkäyttöön liittyen.

40. Osaan tukea asiakasta tunnistamaan ja ennakoimaan retkahdukselle altistavia tekijöitä.

41. Ymmärrän retkahduksen olevan asiakkaalle oppimistilanne epäonnistumisen sijaan.

Statistics

	Muutoksen vahvistaminen	Tavoitteiden asettaminen	Retkahduksen tunnistaminen	Retkahduksen ymmärtäminen
N Valid	127	127	127	127
Missing	0	0	0	0
Mean	2,70	2,83	2,83	3,03
Mode	3	3	3	3
Std. Deviation	,820	,817	,794	,826
Range	3	3	3	3
Minimum	1	1	1	1
Maximum	4	4	4	4

42. Saan tarvittaessa työyhteisön tukea työskennellessäni alkoholia haitallisesti käyttävän asiakkaan parissa.

43. Työyhteisössä keskustellaan avoimesti yhteisistä käytännöistä päihdehoitotyöhön liittyen.

44. Tarvitsen päihdeasioihin liittyvää työnohjausta.

Statistics

		Työyhteisön tuki	Avoin keskustelu	Työnohjauksen tarve
N	Valid	127	127	127
	Missing	0	0	0
Mean		3,27	3,13	2,76
Mode		4	4	4
Std. Deviation		,801	,810	1,080
Range		3	3	3
Minimum		1	1	1
Maximum		4	4	4

45. Osaan kohdata ikääntyneet alkoholinkäyttäjät sosiaali- ja terveysalan eettisten ohjeiden mukaisesti.

46. Osaan tarkastella realistisesti omaa suhtautumistani alkoholinkäyttöön liittyen.

47. Koulutus vaikuttaa myönteisesti asenteisiin ikääntyneiden alkoholinkäyttöä kohtaan.

Statistics

		Eettiset ohjeet	Oma suhtautuminen	Koulutuksen vaikutus asenteisiin
N	Valid	127	127	127
	Missing	0	0	0
Mean		3,21	3,45	3,67
Mode		3	4	4
Std. Deviation		,773	,687	,667
Range		3	3	3
Minimum		1	1	1
Maximum		4	4	4